COPERTA / GEORGE MAIER
TEHNOREDACTARE / NICOLAE TURCAN
REDACTOR / MIHAI GOȚIU

CASTLES OF SAND
Science and pseudoscience
in psychopathology

© COPYRIGHT TRITONIC
CLUJ / Tel./Fax.: +40.264.431.655
BUCUREȘTI / Tel./Fax.: +40.21.242.54.09
e-mail: editura@tritonic.ro

www.tritonic.ro
www.jurnalism.ro

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
DAVID DANIEL
Castele de nisip : Știință și pseudoștiință
în psihopatologie / Daniel David, - București :
Tritonic, 2003

ISBN 973-8497-21-3

La realizarea acestui volum au participat: Bogdan și Constantin Hrib, Dan Oancea, Veronica Rotaru, Carmen și Nicolae Golgojan, Marius Dimitriu, Gabriela Mitoi, Beatrice Dinulescu (Tritonic), Mihai Goțiu (Tritonic Transilvania)

Daniel David

CASTELE DE NISIP
Știință și pseudoștiință în psihopatologie

EDITURA TRITONIC
BUCUREȘTI ◆ CLUJ-NAPOCA

Motto:
"Mori şi devino!" (Goethe: Selige Sehnsucht)

Dedicaţie: Lucrarea este dedicată acelor colegi şi profesionişti pentru care ştiinţa este oportunitatea de a te mira critic şi activ faţă de spectacolul lumii şi de a te bucura din plin de propriile contribuţii la acest spectacol, care au supravieţuit încă încercării tale continue de a le sabota.

Dedication: I dedicate this book to those colleagues and professionals for whom science represents the opportunity to critically and actively wonder in the face of the world spectacle and to fully enjoy your own contributions to this spectacle, contributions that have still resiliently survived your persistent attempt to sabotage them.

Mulţumiri: Apariţia acestei lucrări a fost impulsionată de oameni cărora ţin să le mulţumesc în mod deosebit. Parafrazând o frază celebră, Guy Montgomery şi Dana Bovbjerg de la Mount Sinai School of Medicine, SUA, m-au trezit din somnul dogmatic şi m-au învăţat ceea ce înseamnă ştiinţa, cercetarea şi practica ştiinţifică: *atunci când credeam că ştiu acest lucru* şi că nu mă mai poate surprinde nimic. Albert Ellis, de la Albert Ellis Institute, SUA, a *fost omul care m-a inspirat* în atitudinea critică şi reflexivă asupra a tot ceea ce fac şi care m-a învăţat să nu îmi pierd niciodată încrederea şi să continuu să construiesc critic atunci când multă lume este împotriva mea şi a ceea ce fac: "AR FI BINE ca lucrurile să stea altfel, dar nicăieri nu scrie că lucrurile NU TREBUIE să stea aşa prost cum stau, deci continuă să construieşti şi fii critic cu tine însuţi" ar spune el. Steven Lynn, de la SUNY at Binghamton, SUA şi Irving Kirsch, de la Connecticut University, SUA, au fost prieteni şi modele de atitudine critică şi constructivă asupra domeniului clinic, care m-au influenţat în ceea ce am făcut aici. Mulţumesc acelor colegi şi prieteni care au citit textul şi care m-au ajutat să îl aproximez în această formă. Sunt prea mulţi ca să-i enumăr aici; voi menţiona doar colegii de la Catedra de Psihologie a Universităţii Babeş-Bolyai din Cluj-Napoca, care atunci când am prezentat lucrarea în cadrul colectivului de catedră au avut sugestii şi comentarii utile. Acolo unde este cazul îi voi menţiona în mod special la începutul fiecărui capitol pe acei profesionişti,

colegi şi prieteni, care au recenzat materialul şi care şi-au adus astfel contribuţia la forma lui actuală. Nu în ultimul rând, mulţumesc studenţilor de la Programul de Master în "Consiliere Psihologică şi Psihoterapie" de la Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca, pentru sugestiile referitoare la structura acestui volum şi la îmbunătăţirea aspectului stilistic. Paradoxal, trebuie să mulţumesc şi acelor "profesionişti" care mi-au dat oportunitatea să îmi exersez simţul critic prin sofismele, solemnităţile banale şi truismele pe care le-au produs şi pe care le-au ridicat la nivelul unor opere şi discursuri ştiinţifice.

Acknowledgements: The writing of this book was stimulated by people whom I especially want to thank. Paraphrasing a famous saying, Guy Montgomery and Dana Bovbjerg, from Mount Sinai School of Medicine, USA, awakened me from the dogmatic sleep and taught me what science, research and practice meant in a time I thought I knew this all too well and nothing could surprise me. Albert Ellis, from Albert Ellis Institute, USA, was the man who inspired me to be critical and reflexive with everything I did and who taught me never to lose faith in myself and to continue to build critically when many were against me and my work. Steven Lynn, from SUNY at Binghamton, USA, and Irving Kirsch, from Connecticut University, USA, had a major impact on my work, being friends and models of critical and constructive attitude in the clinical domain. Last but not least, I want to thank my colleagues from Babes-Bolyai University and the students enrolled in the Master's Program in "Psychological Counseling and Psychotherapy" from Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca for their suggestions concerning the structure of this volume and the improvement of the stylistic aspect. Paradoxically, I must also thank those "professionals" who gave me the opportunity to exercise my critical sense on the sophisms, trite remarks and truisms they had produced and raised to the level of scientific discourses and self-declared works of art.

Prezentarea autorului: Daniel David este psiholog, lector univ. dr. la Catedra de Psihologie a Universităţii Babeş-Bolyai din Cluj-Napoca. A obţinut licenţa în psihologie (în 1996) la Universitatea Babeş-Bolyai şi doctoratul în psihologie (1999) la aceeaşi Universitate. A făcut studii postuniversitare (1999-2002) în psihologie clinică şi psihopatologie la Mount Sinai School of Medicine, New York, SUA, şi a parcurs un program de formare (1998-2002) în psihoterapia cognitivă şi comportamentală la Albert Ellis Institute şi Academy of Cognitive Therapy, SUA. Este preşedintele Asociaţiei Române de Hipnoză şi Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală, Director al Centrului Român de Psihoterapie Cognitivă şi Raţional-Emotivă şi Comportamentală, şi Editor al revistei "Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies". Autorul este membru în asociaţii profesionale internaţionale de profil, desfăşoară activităţi didactice, de cercetare, şi practică psihoterapeutică şi a publicat până în prezent 4 cărţi şi peste 30 de articole, din care majoritatea în reviste de prestigiu din străinătate.

Volume relevante:

David, D. (2000). *Prelucrările inconştiente de informaţie. Contaminarea psihologică în mass-media, practica clinică şi juridică*. Editura Dacia: Cluj-Napoca.

David şi colab. (1998-2000). *Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală*. Editura Risoprint: Cluj-Napoca.

About the author: Daniel David is licensed psychologist, Ph.D., and Assistant Professor at "Babes-Bolyai" University, Department of Psychology, Cluj-Napoca. He obtained his license in psychology (in 1996) at "Babes-Bolyai" University, Cluj-Napoca and the Ph.D. (in 1999) at the same University. He completed a postdoctoral program (1999-2002) in clinical psychology and psychopathology at Mount Sinai School of Medicine, New York, USA, and a training program (1998-2002) in cognitive and behavioral therapies at the Albert Ellis Institute and Academy of Cognitive Therapy, USA. He is President of the Romanian Association of Hypnosis and Cognitive Behavioral Psychotherapy, Director of the Romanian Center for Cognitive and Rational-Emotive and Behavioral Psychotherapy and Editor of "Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies". The author is member in international professional associations in the area of interest, and is involved in teaching, research and psychotherapeutic practice activities. He has already published 4 books and over 30 articles, most of these in prestigious international journals.

Relevant books:

David, D. (2000). *Prelucrări inconştiente de informaţie. Contaminarea psihologică în mass-media, practica clinică şi juridică (Unconscious information processing)*. Editura Dacia: Cluj-Napoca.

David şi colab. (1998-2000). *Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală (Cognitive-behavioral psychotherapy and hipnotherapy)*. Editura Risoprint: Cluj-Napoca.

CUPRINS

Cuvânt către cititor 15
Prefaţă 27
Povestea Marelui Vrăjitor din Oz şi a lui Rumpelstiltskin 29
Comentarii despre ştiinţă 33

Partea 1. Fundamente ale psihopatologiei ca ştiinţă 51

Capitolul 1. Definiţii şi precizări conceptuale 51
1.1. Definiţia Psihopatologiei ca ştiinţă 51
1.2. Sănătate şi boală 52
1.3. Rolul şi atribuţiile psihopatologului 58
1.4. Orientări teoretice în psihopatologie. O scurtă introducere 59

Capitolul 2. Structura unui studiu de caz 64
2.1. Diagnostic şi evaluare clinică 64
2.2. Conceptualizarea clinică 71
2.3. Planul de tratament şi descrierea intervenţiei 76
2.4. Concluzii şi urmărirea evoluţiei pacientului 78
2.5. Un exemplu de studiu de caz. Cazul Dana 79

Partea 2. Psihopatologia Psihopatologiei. Analiză de caz 91

Capitolul 3. Diagnosticul şi evaluarea clinică a pacientului Psihopatologie 91
3.1. Semne şi simptome. Tabloul clinic al pacientului Psihopatologie 91
3.1.1. Probleme ale Psihopatologiei cu modalităţile de a face diagnostic şi evaluare clinică 92
3.1.1.1. Numărul exagerat de mare de categorii diagnostice şi tendinţa de patologizare a vieţii cotidiene. Malleus Maleficarum 92
3.1.1.2. Utilizarea unui instrumentar psihologic depăşit şi problematic sau Carul cu Boi 100
3.1.1.3. Diagnostic nosologic descriptiv versus diagnostic nosologic etiopatogenetic. O încremenire în proiect 105

de intervenţie şi tratament 107
3.1.2.1. Numărul exagerat de mare al formelor de tratament sau Labirintul Minotaurului 107
3.1.2.2. Breşe în validitatea ştiinţifică a tratamentelor. Ecce Mesmer 110
3.1.2.3. Lobby şi tradiţie împotriva ştiinţei; Cazul stimei de sine 116
3.1.3. Probleme ale Psihopatologiei cu modalităţile de a face cercetare 121
3.1.3.1. Cazul medicaţiei antidepresive sau Victoria marketing-ului împotriva ştiinţei 122
3.1.3.2. Cazul efectului placebo sau Cum să ucizi cu mâinile curate 125
3.1.3.3. Cazul psihoterapiilor în psihosomatică. Victoria doriţei asupra datelor şi Rezervare pentru locul doi 144
3.1.3.4. Cazul întemeierii logice în cercetarea ştiinţifică sau "Era pe când nu s-a văzut, azi o vedem şi nu e" 160
3.1.4. Probleme ale Psihopatologiei cu modalităţile de a face educaţie şi formare/training 170
3.1.4.1. Structura programelor de formare/training în psihoterapie sau Hirotonirea 171
3.1.4.2. Provocarea psihologiei pozitive 172
3.1.4.3. Provocarea paraprofesioniştilor 176
3.1.4.4. Provocarea terapiilor autoadministrate 179
3.1.4.5. Contestarea experienţei clinice 180
3.2. Istoricul tabloului clinic al pacientului Psihopatologie (pentru detalii vezi Sarason şi Sarason, 1999) 184
3.3. Istoria personală şi socială a pacientului Psihopatologie 186
3.4. Statutul mental al pacientului Psihopatologie 187
3.5. Rezultatele diagnosticului şi evaluării clinice ale pacientului Psihopatologie 188

Capitolul 4. Conceptualizarea tabloului clinic al pacientului Psihopatologie 191
4.1. Mecanismele etiopatogenetice specifice 191
4.2. Mecanisme etiopatogenetice nespecifice sau psihopatologia psihopatologilor 200
4.3. Factori de protecţie şi rezistenţă. 203

4.3.1. Nivelul ridicat al capacităţilor intelectuale ale psihopatologilor 204
4.3.2. Spiritul critic al psihopatologilor 204
4.3.3. Presiunea caselor de asigurări de sănătate şi paradigma medicinei validată ştiinţific 207
4.3.4. Globalizarea şi interdisciplinaritatea ştiinţei 214

Capitolul 5. Tratamentul pacientului Psihopatologie 216
5.1. Tratamentul pentru problemele în modalităţile de a face diagnostic şi evaluare clinică. În căutarea sfântului Graal 216
5.2. Tratamentul pentru problemele în modalităţile de a face intervenţie şi tratament. Sfânta Treime 217
5.3. Tratamentul pentru problemele în modalităţile de a face cercetare. Cele şase porunci 219
5.4. Tratamentul pentru problemele în modalităţile de a face educaţie şi formare/training. Briciul lui Occam 222

Partea 3. Realităţi româneşti, concluzii şi discuţii 227

Capitolul 6. Psihologia clinică în România sau fuga din Turnul Babel. Un pamflet fundamentat ştiinţific 228

Capitolul 7. Psihologia clinică versus psihologie aplicată în alte domenii sau Cenuşăreasa 248

Capitolul 8. Remarci finale sau Un nou început 255

English Summary 258

Bibliografie/References 261

Anexe 283
Anexa 1. Lista tratamentelor psihoterapeutice validate ştiinţific şi instrucţiuni de utilizare a lor 283
Anexa 2. Componente validate ştiinţific din relaţia psihoterapeutică 314
Anexa 3. Setul de instrumente psihologice pentru expertizarea şi evaluarea copiilor/elevilor în vederea orientării şcolare aprobate prin Hotărârea Guvernului României nr. 218 din 7 Martie, 2002 316

CONTENTS

Foreword
Preface
The story of the Great Wizard of Oz and the story of Rumpelstiltskin
Comments about science

Part 1. Basics of psychopathology as science
Chapter 1. Definitions and conceptual clarifications
1.1. Definition of psychopathology as science
1.2. Health and illness
1.3. The psychopathologist's roles
1.4. Theoretical orientations in psychopathology; A brief introduction

Chapter 2. Structure of a case study
2.1. Diagnosis and clinical evaluation
2.2. Clinical conceptualization
2.3. Treatment plan and intervention
2.4. Conclusions and follow-up
2.5. Example of a case study. The case of Dana

Part 2. Psychopathology of Psychopathology. A case study
Chapter 3. Diagnosis and clinical evaluation of a patient called Psychopathology
3.1. Signs and symptoms. Clinical presentation of the patient Psychopathology
3.1.1. Problems Psychopathology has with different ways of conducting diagnosis and clinical evaluation
3.1.1.1. The large number of diagnostic categories and the tendency to see everyday life as pathological. Malleus Maleficarum
3.1.1.2. The use of obsolete psychological instruments or The Oxen Cart

3.1.1.3. Descriptive nosological diagnosis versus etiopathogenetic nosological diagnosis. Stuck in the original project
3.1.2. Problems Psychopathology has with different ways of conducting intervention and treatment
3.1.2.1. The large number of treatment methods or the Labyrinth of the Minotaur
3.1.2.2. Breaches in the scientific validity of the treatment. Ecce Mesmer
3.1.2.3. Lobby and tradition against science. The case of self-esteem
3.1.3. Problems Psychopathology has with different ways of conducting research
3.1.3.1. The case of antidepressive medication or The victory of marketing on science
3.1.3.2. The case of the placebo effect or How to kill and keep your hands clean
3.1.3.3. The case of psychotherapies in psychosomatics. The victory of wishful thinking on data and Application for the second place
3.1.3.4. The case of logical foundation in scientific research or It was when it could not be seen, today you see it yet is missing
3.1.4. Problems Psychopathology has with different ways of conducting education and training
3.1.4.1. Structure of the training programs in psychotherapy or The Ordaining
3.1.4.2. The challenge of positive psychology
3.1.4.3. The challenge of paraprofessionals
3.1.4.4. The challenge of self-help treatments
3.1.4.5. Speaking against the clinical experience

3.2. History of the clinical presentation of the patient Psychopathology
3.3. Personal and social history of the patient Psychopathology
3.4. Mental status of the patient Psychopathology
3.5. Results of diagnosis and clinical evaluation of the patient Psychopathology

Chapter 4. Conceptualization of clinical presentation of the patient Psychopathology
4.1. Specific etiopathogenetic mechanisms
4.2. Non-specific etiopathogenetic mechanisms or the psychopathology of psychopathologists
4.3. Protective factors and resilience

4.3.1. High intellectual abilities of psychopathologists
4.3.2. Critical sense of psychopathologists
4.3.3. The pressure of Health Insurance Companies and The paradigm of the evidence-based medicine
4.3.4. Globalization and interdisciplinary science

Chapter 5. Treatment of the patient Psychopathology
5.1. Treatment for the problems encountered in the ways of conducting diagnosis and clinical evaluation. The search for the holy Graal
5.2. Treatment for the problems encountered in the ways of conducting intervention and treatment. Holy Trinity
5.3. Treatment for the problems encountered in the ways of conducting research. The six commandments
5.4. Treatment for the problems encountered in the ways of conducting education and training. Occam's razor

Part 3. Romanian realities, conclusions and discussions
Chapter 6. Clinical Psychology in Romania or escape from the Tower of Babel. A scientifically grounded pamphlet

Chapter 7. Clinical psychology versus psychology applied in other domains or Cinderella

Chapter 8. Final remarks or a new beginning

English Summary

Bibliografie/References

Appendices
Appendix 1. List of evidence-based psychotherapies and directions for use
Appendix 2. Evidence-based components in the psychotherapeutic rapport
Appendix 3. Set of psychological instruments used for appraising children/pupils for vocational guidance approved by Romanian Government Decision no. 218 of March 7th, 2002

CUVÂNT CĂTRE CITITOR

Se spune că diferența dintre un geniu și un imbecil este că primul are limite. Psihopatplogia ca știință s-a prezentat la nivel social prin promovarea obsesivă a unei imagini de sceună în termenii reușitelor, fără o prezentare clară și onestă a limitelor, greșelilor și nereușitelor ei. Această lucrare (volum) va încerca să ofere în contrapondere o abordare critică a psihopatologiei. Lucrarea prezentată aici este altfel, fiind atipică pentru peisajul literaturii științifice românești, dar mă regăsesc în ea complet și mă exprimă cu claritate ca om și ca profesionist! Mai precis spus, lucrarea de față este un manifest științific cu elemente de pamflet pentru o *Minima Rationalia* în psihopatologie și trebuie tratată ca atare. Ignorarea acestui aspect poate duce la pierderea mesajului științific al lucrării și la animozități față de ea și autorul ei. Sper ca acest lucru să nu se întâmple și ca lucrarea să fie privită ca o premieră interesantă și un model de urmat în literatura științifică românească.

Urmând logica hegeliană, ar trebui ca teza (Imaginea de scenă a psihopatologiei) și antiteza (acest volum) să ducă la sinteză (promovarea unei psihopatologii validate științific). Vom vedea în psihopatologie, prin prisma acestei logici hegeliene, dacă Hegel a putut într-adevăr să găudească gândurile lui D-zeu de dinaintea Creației, gândire care l-a dus la panlogismul exprimat prin formula: tot ce e real este rațional și tot ce e rațional este real. Angajamentul meu științific și epistemologic este unul al Raționalismului Critic dublat de un scepticism de genul celui promovat de Școala Sceptică a lui Pyrrhon din Elis. Sunt însă

un sceptic mai atipic și mai constructiv. Cred cu tărie că cel mai bun mod de a te apropia de cea mai bună perspectivă asupra unui fenomen este atitudinea critică și reflexivă asupra propriilor metode și produse științifice. Critica permanentă a acestora, provocarea și punerea lor sub semnul întrebării, sunt căile care ne duc spre cea mai bună înțelegere a fenomenului studiat. Din păcate însă, cei mai mulți oameni de știință au ales o cale înșelătoare, și anume aceea de a-și apăra produsele, căutând permanent modalități de confirmare a lor, ignorând contraexemplele. Nu este nimic rău în a căuta exemple pentru a-ți susține punctele de vedere. Este rău când acest demers duce la o scotomizare a realității printr-o selecție a datelor care ne convin și printr-o ignorare a contraexemplelor la teza generală pe care o susținem. Această opțiune îi face pe mulți oameni de știință defensivi și amenințați de criteriile de performanță; mecanismul defensiv prototip dacă vrei să scapi de criteriile de performanță este să le caricaturizezi numindu-le "stereotipuri și rigiditate". O disecție critică referitoare la propriile lor produse este interpretată de astfel de "profesioniști" ca agresivitate sau ca atac personal, ceea ce reflectă identificarea propriului lor "Eu" cu produsul acestuia. Aceste atitudini duc la produse științifice cu impact limitat, limită dată de "Eul" celui care le-a produs. O atitudine din perspectiva Raționalismului Critic ne permite să includem sugestiile viabile ale celorlalți colegi sau puncte noi de vedere rezultate dintr-o autocritică sănătoasă, produsul astfel rezultat depășind inițiale celui care l-a creat. Prin prisma acestui "Credo Științific" voi analiza starea actuală a psihopatologiei ca știință tratând-o ca pe un pacient care se prezintă la psihopatolog. Pe parcursul lucrării , "a analizei clinice", voi răspunde la următoarele întrebări examinând "semnele și simptomele pacientului": (1) Sunt modalitățile de diagnostic al tulburărilor psihice corecte și eficiente?; (2) Sunt tratamentele tulburărilor psihice eficiente? și asociat acestei întrebări, sunt

psihopatologii mai fericiți și mai sănătoși din punct de vedere psihic în comparație cu restul populației?; (3) Sunt cercetările din psihopatologie riguroase? și (4) Sunt programele de formare ale psihopatologilor bine organizate?, iar apoi, pornind de la o atitudine critică constructivă, voi prezenta modalități de corectare, acolo unde este cazul.

Motivarea temei. De ce am ales să scriu această lucrare? Două categorii de factori au determinat această decizie. *Prima categorie de factori* se referă la aspecte profesionale. Adevărul este că aveam planificat să termin de scris primul volum de "Psihologie clinică și psihopatologie; Fundamente și partea generală" dintr-un tratat de patru volume, intitulat "Tratat de psihologie clinică, psihopatologie și psihoterapie". Ce m-a făcut să amân publicarea acestui volum și să public înțâi această lucrare? Să explic succint ceea ce s-a întâmplat. Așa cum am spus mai sus, angajamentul meu științific și epistemologic este unul al Raționalismului Critic (Popper, 1959; 1985), care m-a învățat că printr-o atitudine critică constructivă față de propriile creații științifice mă apropii cel mai bine de fenomenul pe care vreau să-l studiez. Sigur, nu am o atitudine popperiană ortodoxă ci una întărită prin asocierea conceptului de falsificabilitate celui de verificabilitate-operaționalizare (Bridgeman, 1927; 1936; Carnap, 1937) și flexibilizată prin dezvoltările postpoziviste (Lakatos, 1970; Perelman, 1970; Quine, 1953) și prin cele descriind elemente de influență socială în știință (Kuhn, 1962; Feyerabend, 1975). Modul în care toate acestea se combină în angajamentul meu epistemologic și profesional va fi reliefat pe parcursul acestei lucrări. În contradicție cu acest angajament epistemologic, așa cum am spus mai sus, am observat că mulți oameni de știință au ales o cale înșelătoare în a-și promova creațiile științifice, și anume aceea de a le apăra, căutând permanent modalități de confirmare a lor, ignorând contraexemplele. Aceasta îi face defensivi iar acest stil defensiv

generează produse științifice și stele - "profesioniști" - de iarmaroc, nu produse științifice pentru o piață internațională și profesioniști cu vocație și anvergură internațională. Aceste stele de iarmaroc sunt adesea fie foarte complexate, crezând că nu pot fi comparabile cu colegii lor din străinătate, fie dimpotrivă foarte importante, crezând că știu totul, neavând cultul valorii și limitelor proprii sau al respectului valorii celuilalt. Unele stele expandate de iarmaroc publică adesea lucrări în care mereu li se pare că fac câte o revoluție în domeniu, revoluție pe însă care nu o bagă în seamă nimeni în afara celor obligați prin poziția lor să o facă (ex. studenți). M-am săturat să văd revoluții de iarmaroc și îmi este dor să văd în știință un stil onest, bazat pe conștientizarea limitelor proprii ca om și profesionist, pe respectul valorii celuilalt și pe o atitudine critică și constructivă asupra a ceea ce facem. Mi-a fost dat să văd acest stil defensiv în multe interacțiuni cu mulți profesioniști români, stil care m-a surprins și pe care l-a început mi-a fost greu să-l accept după ce am petrecut aproape trei ani în SUA la Mount Sinai School of Medicine în New York, loc unde atitudinea onestă, critică și constructivă este motorul principal al calității. Prin propriul exemplu am încercat să schimb ceva în atitudinea acestor profesioniști, să promovez prin comportamentul meu un stil critic și constructiv, dar se pare că, în loc să schimb ceva, am reușit doar să îmi fac noi dușmani și să îmi îndepărtez unii colegi. Din păcate unii nu sunt capabili să înțeleagă că o atitudine critică asupra ceva poate să exprime un semn de apreciere față de acel ceva; atitudinea critică poate scoate tot ceea ce este mai bun din lucrul criticat așa cum șlefuirea unui diamant nu duce la distrugerea lui ci la înfrumusețarea lui. Parafrazând o afirmație celebră noi nu criticăm valeții ci ceea ce apreciem, credem că are potențial și iubim! Restul nu merită critica noastră. Din păcate adesea nu s-a înțeles acest lucru. Amorsat de aceste aspecte, am hotărât că este cazul să fac altceva: să exprim acest stil al

Raționalismului Critic într-o lucrare. Nu am iluzii că pot schimba ceva semnificativ numai prin această lucrare, dar măcar pot să fiu consistent cu mine și pot să dau un exemplu de atitudine critică și constructivă asupra propriului domeniu de cercetare și practică: Psihopatologia. Așa că am început această "călătorie terapeutică" care poate prin modelare și învățare vicariantă să schimbe ceea ce discursul rațional nu a putut schimba. Examinând literatura de specialitate din domeniul psihopatologiei, am observat că există extrem de puține lucrări scrise din perspectiva unui Raționalism Critic. Cele mai multe lucrări arată o situație "roză" a psihopatologiei, prezentând doar succesele acestei discipline. Este foarte bine că arătăm lucrurile bune. În același timp este însă și păcat că nu se prezintă onest și limitele fundamentale ale acestui domeniu. Învățarea și evoluția într-un domeniu se fac cel mai bine printr-o combinație adecvată între exemple și contraexemple, reușite și nereușite. Prezentarea reușitelor și ignorarea limitelor duce la o dezvoltarea de tip delirant și defensiv a domeniului. Așadar, am hotărât că înainte de a finaliza cărțile aflate în lucru este cazul să scriu o lucrare din perspectivă critică asupra acestui domeniu; lucrare care apoi să se constituie în ghidul practic de elaborare a unei lucrări despre psihopatologie și psihoterapie. Am fost încurajat în această opțiune de aparițiile relativ recente a patru lucrări importante în literatura de specialitate, care abordează de pe poziții critice domeniul psihopatologiei. Astfel, Robyn M. Dawes, profesor la Carnegie-Mellon University, a publicat în 1996 lucrarea intitulată "House of cards; Psychology and psychotherapy built on myth" care este o abordare critică a practicii și cercetării în domeniul psihopatologiei. În aceeași direcție, Larry Beutler și Mark Malik de la Duke University și California University au publicat în 2002 o lucrare foarte bine evaluată de recenzorii de specialitate, care face o abordare critică a DSM, [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manualul de Diag-

nostic și Statistică a Tulburărilor Mentale)] și care propune modele alternative acestuia: "Rethinking the DSM; A psychological perspective". A treia lucrare, publicată de Lilienfeld, Lorr și Lynn (2003) la Guilford Press și intitulată "Science and pseudoscience in clinical psychology", alături de cea a lui Ross și Pam (1995): "Pseudoscience in biological psychiatry", au constituit de asemenea modele și surse valoroase pentru acest volum. Pornind de la aceste lucrări și adăugând aspecte noi ca urmare a unei analize extensive proprii asupra literaturii de specialitate publicată în MEDLINE și PSYCHINFO, a apărut acest volum.

A doua categorie de factori care au contribuit la apariția acestei lucrări are la bază considerente strict personale. Ele se referă la starea de frustrare, nemulțumire și dezamăgire pe care am experiențiat-o când am descoperit că psihologia clinică și psihopatologia au trădat angajamentul inițial pentru un standard științific. Eu am venit în domeniul psihopatologiei dinspre cercetarea fundamentală din psihologia cognitivă și experimentală. Acolo angajamentul este ca orice teorie să fie bine susținută de date științifice, iar tehnicile de intervenție să se bazeze pe cercetări care le susțin eficiența. După cum voi arăta pe parcursul acestei lucrări, nu am regăsit clar aceste lucruri în domeniul psihopatologiei, în ciuda declarațiilor. De aici a rezultat obligația socială pe care am resimțit-o față de colegii mei și față de public de a reliefa aspecte care adesea sunt ignorate sau ascunse în domeniul psihopatologiei. Cred că acceptarea și apoi modificarea lor reflexivă pot să ducă la o însănătoșire a domeniului, în timp ce practica de reprimare și ignorare a lor ar avea ca efect apariția unor simptome nevrotice.

Doresc să menționez explicit că abordarea critică va fi una onestă din punctul meu de vedere. Adeseori am văzut situații în care lucrări bune au fost demolate prin atacuri ipocrite și situații în care lucrări slabe au fost ridicate la rangul de "opere" în baza

unor interese și motivații personale ale recenzorilor. Cum se poate face acest lucru? Simplu. Deși știm că actuala metodologie științifică are o serie de limite și probleme, am asumat-o ca fiind cea mai bună metodologie pentru avansarea cunoașterii pe care o avem în acest moment, fără a spune că este și perfectă. Ei bine, a invoca limitele generale ale metodologie științifice pentru a critica o lucrare sau un domeniu țintă este ipocrizie (astfel sunt adesea criticate pe nedrept lucrări valoroase!). O lucrare țintă trebuie criticată prin problemele suplimentare pe care le are față de problemele generale ale metodologiei științifice, altfel ajungem să criticăm la fel fiecare lucrare. De asemenea, a include greșelile neforțate de metodologia științifică ale unei lucrări slabe în cadrul "limitelor metodei științifice" este iarăși incorect (astfel, adesea se salvează lucrări slabe!). Încercând să evit ipocrizia și critica de dragul criticii, în abordarea prezentată aici asupra psihopatologiei mă voi ocupa doar de erorile și greșelile neforțate ale acestui domeniu, recunoscând limitele inerente domeniului, limite determinate de însăși limitele metodei de cercetare la care știința a ajuns astăzi. În plus, voi evita critici generale ale metodei științifice în psihopatologie, considerând, așa cum am afirmat mai sus, metoda științifică ca fiind cea mai bună metodă de cunoaștere din cele existente, fără a o considera însă în același timp o metodă perfectă. Pentru critici asupra demersului științific propriu-zis, cu implicații și pentru psihopatologie, sugerăm consultarea unor autori precum Kuhn (1962) și Feyerabend (1975). Deoarece noi militățm pentru o psihopatologie validată științific, și critica noastră va fi una susținută științific. Psihopatologia a fost mereu obiectul unor abordări critice mai mult sau mai puțin serioase. O scurtă investigație empirică pe Internet utilizând orice motor de căutare, folosind ca și cuvinte cheie "psychopathology and pseudoscience" sau cuvinte acoperind aceeași tematică, arată că există mii de fișiere pe această temă. Investigând un eșantion

reprezentativ de 100 de astfel de conexiuni din câteva mii obținute prin motorul de căutare "GOOGLE", am aflat că doar aproximativ 5% sunt abordări serioase, bazate pe date empirice, restul fiind critici nefondate, neargumentate, sau complet neserioase. Voi evita astfel de situații în acest volum, oferind o abordare critică fundamentată științific și cu valențe constructive pentru progresul în domeniu. În plus, voi da posibilitatea celor care nu sunt de acord cu mine și cu acest text să își exprime punctele de vedere argumentate logic în revista al cărei editor sunt: Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies/Revista Română de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale (http://www.psychotherapy.ro).

Modalitatea de abordare. Modalitatea de abordare a temei acestei lucrări va fi una neobișnuită. Mai precis spus, "pacientul" care va fi analizat pe parcursul acestei lucrări va fi tocmai psihopatologia, iar modalitatea de abordare va consta tocmai în metodologia utilizată în psihopatologie când avem de-a face cu un pacient adevărat - "analiza clinică de caz" -. Cred că această abordare inedită poate contribui la:

- O mai bună conștientizare a limitelor domeniului prin reliefarea elementelor de normalitate (știință) și anormalitate (pseudoștiință) din cadrul acestuia;
- O receptare simultană a mesajului acestei lucrări în grupul de profesioniști și paraprofesioniști, atât psihopatologii cât și unii paraprofesioniști și publicul larg fiind familiarizați cu metoda folosită aici. Astfel, psihopatologii o utilizează în practica curentă iar paraprofesioniștii și publicul larg au auzit de ea din cărți și filme sau unii au trăit-o direct.

Psihopatologia este definită aici ca domeniul/știința care se ocupă de studiul modului în care se îmbolnăvește, evoluează și se termină bolile psihice. Mai multe categorii de profesioniști sunt implicate în acest domeniu, cei mai importanți ca număr și tradiție fiind psihologii clinicieni și psihiatrii. Așadar, fenomenele

abordate aici vor fi relaționate cu aceste două categorii de profesioniști și domeniile lor principale, psihologia clinică și psihiatria. Desigur, influențat de propria formare, un accent mai mare se va pune pe domeniul psihologiei clinice și pe contribuția psihologilor, dar voi avea grijă ca toate concluziile formulate în această lucrare să potrivească psihopatologia ca știință, nu doar psihologia clinică. Acolo unde această potrivire nu se întâmplă, voi menționa explicit acest lucru.

Structura lucrării. După această parte de introducere - cuvânt către cititor - voi prezenta povestea Marelui Vrăjitor din Oz și a lui Rumpelstiltskin care vor constitui cadrul metaforic de interpretarea a mesajului acestui volum. Apoi voi prezenta secțiunea intitulată "Comentarii despre știință" care este o parte importantă a lucrării deoarece, făcând un demers critic al psihopatologiei ca știință, voi face mereu apel pe parcursul lucrării la noțiunile prezentate aici. Nu este vorba despre o prezentare detaliată de filosofie a științei sau de epistemologie ci de o prezentare succintă a modului în care este înțeleasă știința și abordarea științifică. În continuare, volumul va fi structurat în trei părți principale, fiecare parte având mai multe capitole. În prima parte a lucrării voi prezenta elemehtele fundamentale ale metodologiei de lucru și conceptele de bază pe care le voi folosi. Prezentarea va fi una generală și de aceea recomand cititorilor mai puțin familiarizați cu constructele psihopatologiei consultarea unor lucrări de specialitate (voi oferi sugestii referitoare la lucrări de specialitate pe parcursul acestei părți a volumului). În a doua parte a lucrării voi prezenta cazul "pacientului Psihopatologie" urmând pașii unei analize clasice de caz clinic. În partea a treia voi reveni la concluzii și formulări cu caracter mai general și la discutarea unor aspecte specifice contextului românesc. Prezentarea unor aspecte specifice psihopatologiei românești va fi făcută în forma unui pamflet fundamentat științific; motivația pentru această formă de prezentare va fi descrisă în

cadrul capitolului respectiv. Bibliografia și anexele vor încheia această lucrare.

Eu apreciez ca fiind contribuții originale ale acestei lucrări următoarele:

• Este printre puținele abordări critice ale psihopatologiei din peisajul literaturii românești.

• Utilizează o modalitate originală de reliefare a problemelor psihopatologiei, tratând Psihopatologia ca pe un pacient în cadrul unei analize clinice de caz.

• Încearcă să facă clar o distincție între "descriere" și "interpretare". Descrierile se bazează pe date din literatura de specialitate iar interpretările pe care le facem acestor date - fără a avea pretenția că sunt singurele posibile - vor fi mereu argumentate în cadrul unui discurs teoretic sau practic.

• În comparație cu lucrări similare prezentate în literatura de specialitate internațională (puține la număr), lucrarea de față aduce câteva aspecte noi ca urmare a adunării laolaltă în capitolele acestei cărți a unor informații prezentate în articole disparate, articole identificate prin analiza proprie a bazelor de date internaționale MEDLINE și PSYCHINFO:

o Evaluarea eficienței programelor de formare în psihoterapie;

o Aspecte referitoare la psihopatologia psihopatologilor.

Desigur, lucrarea are și limite, limite pe care le menționez în continuare, în această secțiune de cuvânt către cititor, pentru a oferi acestuia oportunitatea de a avea el însuși o atitudine critică asupra prezentei lucrări.

• În anumite segmente ale textului lucrarea cere multe precizări conceptuale și de specialitate de la cititor, astfel că nu este un text ușor. În plus, prezentarea succintă și punctuală a unor idei, uneori fără detalii suficiente referitoare la constructele utilizate, poate crea cititorului dificultăți în a înțelege unele aspecte care necesită cunoștințe cu caracter mai general. Încerc

să compensez aceste limitări făcând mereu, acolo unde este cazul, trimiteri pentru mai multe detalii la literatura de specialitate și folosind uneori un limbaj mai colocvial. Folosirea în anumite secțiuni ale lucrării a unui limbaj colocvial nu înseamnă însă nicidecum renunțarea la rigoarea științifică a conținutului!

• Uneori textul va introduce anumite cuvinte noi care se referă la concepte importante din literatura de specialitate dar care nu au încă un corespondent general acceptat în limba română. Deși voi evita să fac acest lucru, acolo unde totuși voi fi nevoit să introduc cuvinte noi, voi încerca să le prezint clar și precis. Cu toate acestea, cititorul s-ar putea afla în situația să nu înțeleagă semnificația unor termeni și să fie nevoit să consulte literatură suplimentară, ceea ce necesită timp și efort.

• Cele mai multe date pe baza cărora îmi fundamentez lucrarea sunt din contextul cercetării americane și vest-europene în domeniu, astfel că ele s-ar putea să nu se potrivească modului în care apare psihopatologia în alte contexte specifice. Ținând însă cont de faptul că aspectele generale ale domeniului sunt aproximate în principal de aceste două contexte, contexte cu o forță științifică și economică deosebită (vezi spre exemplu utilizarea pe scară largă a DSM), cred totuși că generalizarea lor este cel puțin informativă și pentru alte contexte mai specifice. În plus, voi prezenta un capitol separat în care una din componentele psihopatologiei, psihologia clinică, este discutată specific în context românesc.

• Anumite interpretări ale datelor prezentate aici, deși argumentate, ar putea să nu fie singurele existente. Las astfel cititorului posibilitatea de a face propriile interpretări.

În încheiere doresc să menționez că, pentru a fi congruent cu modalitatea inedită de abordare a temei, și limbajul utilizat va fi în anumite segmente mai dificile ale textului unul colocvial și adesea la persoana întâi singular, exprimând interogațiile și îndoielile personale așa cum apar în fluxul gândirii, fără a face

o prelucrare formală a lor. În consecință, distincția dintre "contextul descoperirii" și "contextul prezentării ei" este mai puțin tranșantă în această lucrare care adesea este scrisă într-un limbaj de interfață între unul științific și unul de popularizare a științei. Sper că acest lucru nu va duce la o singularizare a discursului ci dimpotrivă la implicarea în text atât a profesioniștilor cât și a paraprofesioniștilor și a publicului larg.

Autorul

PREFACE

It is said that the difference between a genius and an imbecile is that the former has limitations. Psychopathology as science made an appearance at the social level by promoting its successes, without honestly and clearly displaying its limits, mistakes and failures. This paper offers as counterweight a critical approach to psychopathology. Thus, it is highly unusual and atypical for the existing Romanian scientific literature. In other words, the present paper is a scientific manifesto, containing elements of pamphlet for a Minima Rationalia in psychopathology, and must be considered as such. My scientific and epistemological commitment is Critical Rationalism, combined with a Skepticism like the one promoted by the Skeptical School of Pyrrhon of Elis; yet, I am a more atypical and constructive skeptic. I strongly believe that the best way to approximate the optimal perspective on a certain phenomenon is by adopting a critical and reflexive attitude about your own scientific methods and results; permanently criticizing, challenging and questioning them is the way toward the best understanding of the studied phenomenon. Unfortunately, most scientists chose a deceitful path, that of protecting their results, permanently looking for ways to confirm them, ignoring counterexamples. This makes them defensive and threatened by performance standards; if one wants to escape the performance standards, the prototypical defensive mechanism is caricaturizing by calling them "stereotypes and rigidity". A critical discussion about their results is interpreted by these "professionals" as aggressiveness

or personal offense, which reflects the identification of their ego with its results. These attitudes lead to scientific results of limited impact, limits set by the producer's ego. An attitude from the perspective of Critical Rationalism allows us to include viable suggestions from colleagues and other points of view emerged from a healthy self-criticism, making the results thus obtained go beyond the limits of their producer. I will further analyze the present state of psychopathology through this "Scientific Credo", treating it like a patient seeking the help of a psychopathologist. Throughout the paper – "the clinical analysis" – upon analyzing the "signs and symptoms of the patient", I will try to answer the next questions: (1) Is the diagnosis of mental disorders scientifically supported and efficient?; (2) Are the treatments for mental disorders efficient and evidence-based?, and in connection to this question, are psychopathologists happier and mentally healthier than the rest of the population?; (3) Is the research in psychopathology rigorous? and (4) Are the training programs for psychopathologists well-organized and evidence-based? Then, starting with a constructive criticism, I will present wherever the case suggestion for correction and improvement.

POVESTEA MARELUI VRĂJITOR DIN OZ ȘI A LUI RUMPELSTILTSKIN

Marele Vrăjitor din Oz a reușit să impresioneze pe toată lumea. Vrăjitoarele din celelalte ținuturi se temeau de el și de forța lui teribilă. Oamenii din ținutul său și din Orașul de Smarald unde locuia vrăjitorul, îl respectau cu teamă. Nu era lucru pe care Vrăjitorul din Oz să nu poată să îl facă. Era cel mai mare și mai puternic vrăjitor! Intră însă că, în timp ce printr-o pretinsă prezență nevăzută își demonstra forța teribilă într-o încăpere în care se afla un grup de vizitatori veniți să îl implore să-i ajute, Toto, câinele unei fetițe numite Dorothy, smulge perdeaua care acoperea un colț dintr-o încăpere. Acolo, mirați, vizitatorii au văzut un omuleț, îmbătrânit, mic și speriat:

"...Eu sunt marele și îngrozitorul Oz", a spus omulețul cu o voce tremurândă, sperând încă să impresioneze. Văzând însă că a fost descoperit, a continuat: "Vă rog, să nu-mi faceți rău. Fac orice spuneți voi..."

Marele Vrăjitor din Oz era de fapt un om obișnuit. Toată vrăjitoriile lui erau iluzii și trucuri. El era de fapt un fost artist de circ care distra oamenii zburând cu un balon. La o astfel de reprezentație, un vânt puternic l-a dus într-o altă lume. Oamenii din acea lume văzându-l zburând în balon, l-au crezut vrăjitor. Lui i-a plăcut acest lucru, așa că și-a intrat în rol. I-a pus pe locuitorii acelui ținut să-i construiască un palat de unde îi iluziona cu mici trucuri și șmecherii. Spre exemplu, Orașul de Smarald nu era chiar verde. Oamenii îl vedeau așa deoarece

Marele Vrăjitor din Oz i-a pus să poarte ochelari cu lentile verzi! În general, omulețul nu era o persoană rea. Era însă complexat și temător, trezindu-se dintr-o dată într-o lume în care i s-a dat o poziție de putere, crezându-se că poate face mai mult decât putea el face cu adevărat. Pentru a păstra aceste aparențele de putere, de-a lungul timpului el i-a ajutat pe localnici și i-a înspăimântat pe ceilalți vrăjitori răi cu trucuri și iluzii!

Povestea Marelui Vrăjitor din Oz, scrisă de Frank Baum, este o analogie ideală pentru această lucrare. Psihopatologia apare multora ca un Mare Vrăjitor din Oz. Dacă tragem însă perdeaua s-ar putea să rămânem surprinși de ceea ce vom găsi în colț! Poate că așa cum omulețul din povestea lui Baum a sihuțit că i s-a luat o povară de pe suflet când a fost descoperit - obosise să pretindă că este ceea ce nu era - și psihopatologia va învăța fericită să se accepte așa cum este, dincolo de imaginea falsă pe care și-a creat-o.

A doua poveste este cea a fraților Grimm care ne spune că Rumpelstiltskin era un vrăjitor pitic, un amestec ciudat de răutate și compasiune. Soția împăratului îi promisese cândva acestuia că o să îi dea primul ei copil ca răsplată pentru un ajutor pe care vrăjitorul i l-a dat, ajutor care i-a salvat viața actualei împărătese. Timpul a trecut și împărăteasa a uitat de promisiune. Ea a născut un copil care a bucurat-o foarte tare. Iată însă că, atunci când era mai bucuroasă, apare vrăjitorul pentru a-i lua copilul conform înțelegerii anterioare. Împărăteasa, înspăimântată, a început să îl roage și să îl implore să nu facă asta. I-a oferit toate bogățiile de pe lume, numai să nu-i ia copilul. Vrăjitorul era de neclintit: el voia copilul. Înduioșat în cele din urmă de plânsetele împărătesei, vrăjitorul i-a mai dat acesteia o șansă spunându-i că în trei zile ea trebuie să ghicească cum îl cheamă. Dacă în trei zile împărăteasa nu îi ghicește numele, atunci el îi va lua copilul fără alte discuții. În primele două zile împărăteasa i-a spus acestuia toate numele pe care le știa, de la cele mai cunoscute până la cele mai ciudate.

Vrăjitorul însă era de nenumit! În cea de-a treia zi, un emisar trimis de împărăteasă în ținut să caute nume noi, îi povestește acesteia că trecând printr-o pădure a văzut un omulețciudat care căuta:

"...dear prince I come from you "	...voi veni să iau ce-i al meu mâine
none can guess, none can claim	căci nimeni nu poate ghici.
that Rumpelstiltskin is my name..."	nimeni nu poate ști că Rumpelstiltskin mi se spune..."

La auzul acestei vești împărăteasa s-a umplut de bucurie. Când vrăjitorul a venit a treia zi împărăteasa i-a spus numele: Rumpelstiltskin. În acel moment vrăjitorul și-a pierdut toată forța malefică și influența asupra reginei. De fapt, era atât de furios că aceasta i-a descoperit numele încât a intrat în pământ.

Ca împărăteasa din poveste, și psihopatologia a făcut o mulțime de promisiuni pe care le-a uitat. Ea a promis promovarea unui demers în care serviciile oferite populației să fie fundamentate științific; a promis să pună știința înaintea intereselor! Ignorate, aceste promisiuni se întorc împotriva ei. Povestea fraților Grimm arată însă că, uneori, numind răul explicit, problemele create de acesta se pot rezolva mai ușor. Aceasta voi încerca să fac și eu în cazul psihopatologiei pe parcursul lucrării.

Așadar, lucrarea va fi similară unei călătorii în lumea Oz pentru a-l întâlni pe Marele Vrăjitor, a trage perdeaua și a numi răul. Voi încerca astfel să elimin iluziile care există în jurul psihopatologiei ca știință, să văd ce se ascunde după perdea, dincolo de imaginea de știință riguroasă și puternică pe care și-a construit-o la nivel social. Sper că numind răul din acest domeniu, acesta să își piardă influența malefică, așa cum și-a pierdut-o și Rumpelstiltskin. Sper de asemenea că, la fel cu fostul

Mare Vrăjitor din Oz, psihopatologia va fi mulţumită cu imaginea ei reală care va reieşi din analiza prezentei lucrări şi care este mai plăcută, în opinia mea, decât imaginea ei de scenă.

COMENTARII DESPRE ŞTIINŢĂ

O abordare critică asupra psihopatologiei ca ştiinţă necesită clarificarea prealabilă a constructului de ştiinţă. Fără a intra detaliat în aspecte de filosofie a ştiinţei şi de epistemologie (pentru detalii vezi Greenwood, 1989; Toulmin, 1953), voi prezenta în continuare aspectele cele mai relevante asupra demersului ştiinţific. Aşadar, ce înseamnă o abordare ştiinţifică într-un domeniu? În primul rând trebuie spus că ştiinţa NU înseamnă cunoaştere adunată în sistem, cum adesea se afirmă în unele lucrări de specialitate. Dacă am concepe astfel ştiinţa, ar fi sinucidere pentru noi ca oameni de ştiinţă. Într-o astfel de perspectivă, nu am putea face faţă criticilor care afirmă că un fenomen nu este ştiinţific deoarece nu avem în acest moment cunoştinţe necesare predicţiei şi controlului lui şi în consecinţă, fenomenul trebuie abordat prin strategii alternative ştiinţei. Ştiinţa este un proces, este o modalitate metodologică de abordare a unui fenomen care duce la cunoaştere adunată în sistem. Aşadar, chiar dacă nu avem iniţial cunoştinţele necesare unei abordări ştiinţifice asupra unui fenomen, aceasta nu înseamnă că fenomenul respectiv nu poate face obiectul de studiu al ştiinţei. Dacă, în principiu, el poate fi abordat prin mijloace specifice ştiinţei atunci este un fenomen ştiinţific; o astfel de abordare poate avea loc ulterior, dacă fenomenul este interesant.

În ştiinţă se face o distincţie clară între asumpţii, teorii şi modele (Eysenck şi Keane, 1990).

• *Asumpţiile.* Asumpţiile sunt idei fundamentale care sunt acceptate ca fiind adevărate deşi ele nu se pot testa direct em-

piric sau testarea lor este foarte dificilă, deşi posibilă în principiu. Ele (ex. asumpţia determinismului, asumpţia concepţiei psihicului uman ca sistem de prelucrare a informaţiei etc.) formează prealabilul filozofic al oricărei metode de cercetare ştiinţifică (Gadamer, 1975). Valoarea lor este judecată pragmatic. Dacă asumpţiile au consecinţe pozitive (ex. ajută la generarea de teorii, modele şi tehnologii eficiente) atunci sunt bune şi valoroase; dacă nu au consecinţe pozitive, atunci sunt fără valoare şi probabil că în timp comunitatea ştiinţifică va renunţa la ele.

• *Teoriile.* Teoriile ştiinţifice sunt formulări derivate din asumpţii, care pot fi testate empiric pentru a se afla valoarea lor de adevăr; aşadar, despre o teorie putem spune dacă este adevărată sau falsă. Aristotel arată că: "a eiiunţa că ceea ce este, nu este, sau că ceea ce nu este, este", constituie o teorie falsă; o teorie este adevărată dacă spune că: "este ceea ce este şi că nu este ceea ce nu este". Mai simplu spus, o teorie este adevărată când ceea ce afirmă ea corespunde cu datele de observaţie şi este falsă când nu există o asemenea corespondenţă. Teoriile sunt sisteme organizate de constructe, fiind astfel formate din propoziţii. Funcţiile unei teorii sunt: (1) funcţia descriptivă (se descrie un fenomen); (2) funcţia explicativă (se explică un fenomen); (3) funcţia predictivă (se fac predicţii asupra unui fenomen) şi (4) funcţia de sistematizare (se organizează totalitatea informaţiilor asupra unui fenomen într-o structură coerentă).

• *Modelele.* Aplicarea unei teorii ştiinţifice la un caz bine delimitat sau la o situaţie concretă generează modele ştiinţifice. În practica ştiinţifică se întâmplă uneori ca modelul să fie descoperit primul, iar apoi să se dezvolte o teorie prin generalizarea modelului la mai multe cazuri şi situaţii. Oricum, relaţia rămâne aceeaşi: modelul este un caz particular al teoriei indiferent care din cele două componente se dezvoltă prima.

Adesea în ştiinţă asumpţiile sunt protejate şi nu se discută explicit, focalizarea fiind pe teorie şi modele. Spre exemplu, în neuroştiinţe, cercetările au dus la elaborarea unor modele şi teorii cu funcţii pragmatice importante. Asumpţiile sunt însă protejate deoarece ar apărea un "război sângeros" în domeniu - între dualişti şi monişti -, război care ar afecta negativ elaborarea de noi teorii şi modele şi care ar duce la pierderea unor resurse importante de timp şi energie în dispute fără soluţie clară (David, 2003a). Trebuie să facem însă distincţie între protejarea asumpţiilor şi protejarea teoriilor. Protejarea asumpţiilor este o decizie pragmatică fiindcă nu avem criterii clare pentru a testa valoarea de la adevăr. Protejarea unei teorii poate însă să genereze probleme exprimate în programe de cercetare regresive care nu mai produc cunoaştere (Lakatos, 1970); ea trebuie evitată supunând sistematic teoriile testării empirice.

Modalitatea în care se realizează abordarea ştiinţifică a făcut obiectul de analiză în filosofia ştiinţei. Desigur, rădăcinile filosofiei ştiinţei pot fi evidenţiate încă din Antichitate, dar fundamentele ei s-au constituit în Epoca Modernă şi au fost aproximate continuu până astăzi. Există două mari tradiţii cu privire la abordarea ştiinţei, fiecare tradiţie având mai multe şcoli. Să le discutăm succint în cele ce urmează.

Prima tradiţie este una normativă, care ne arată modul ideal în care ştiinţa funcţionează sau ar trebui să funcţioneze.

(1) Pozitivismul şi pozitivismul logic. Pozitivismul (Compte, 1830) dezvoltat în pozitivismul logic (Carnap, 1937) este şcoala clasică a tradiţiei normative în ştiinţă. Compte a sistematizat şi a dezvoltat contribuţiile empirismului englez (Locke, Berkeley şi Hume,) prin adăugarea unor elemente noi, cum sunt generalizările statistice spre exemplu, iar Carnap a sistematizat şi a dezvoltat pozitivismul prin adăugarea logicii simbolice. Termenul de pozitiv nu este opus negativismului ci este opus speculativului; pozitiv înseamnă aşadar, întemeiat pe

fapte științifice, pe date empirice. Termenul de empiric are în limba română (Academia Română, 1996) o semnificație diferită de cea folosită în știință. În limba română el se referă adesea la cercetări nesistematice, bazate pe experiență de viață, în timp ce în știință și filosofia științei termenul se referă adesea la date de observație sistematică culese prin metode riguroase și care adesea asigură generalitatea concluziilor formulate pe baza lor; sensul științific al termenului de empiric este cel pe care îl voi utiliza în această lucrare. Așadar, suport empiric înseamnă în această lucrare = întemeiat științific. Pozitivismul logic apărut în jurul Cercului de la Viena (care reunea autori precum Carnap, Schlick) face parte dintr-un grup de școli reunite sub numele de filosofie analitică (Marga, 1988). Aceste școli utilizează analiza (adesea logico-matematică) pentru a clarifica teoriile construite de știință asupra fenomenelor care fac obiectul lor. Pozitivismul logic reprezintă cel mai clar și riguros această tradiție. Așa cum Sigmund Freud prin sistemul creat de el - psihanaliza - a avut rolul de a influența dezvoltările ulterioare în psihoterapie (care adesea s-au dezvoltat printr-o atitudine Pro sau Contra Sigmund Freud), pozitivismul logic a influențat noile dezvoltări în filosofia științei care s-au raportat permanent la el în termeni de Pro sau Contra. Pozitivismul logic este, metaforic spus, un Sigmund Freud al filosofiei științei. Sintetic prezentat, pozitivismul logic consideră că demersul științific presupune următoarea secvență:

- Observarea unui fenomen;
- Pe baza datelor de observație (existente sau produse prin intervenția omului de știință) se elaborează teoriile științifice bine structurate logic, structura lor logică corespunzând structurii realității. În pozitivismul clasic se consideră că funcția explicativă a teoriilor nu se referă la o explicație generativă, căci nu putem cunoaște natura adevărată a lucrurilor prin care acestea influențează alte lucruri: Noi începem cunoașterea de la propozițiile de observație care deja sunt altceva decât realitatea

în sine (desigur, ele aproximează realitatea, dar nu sunt realitate, sunt *construcții descriptive* ale acesteia). Dacă teoria explicativă bazată pe date empirice este totuși considerată a fi una generativă, atunci vorbim despre doctrina realismului (Greenwood, 1989; Putnam, 1981).

Elementul fundamental al abordării pozitiviste (și al filosofiei analitice în general) este conceptul de verificabilitate. Ce înseamnă acest lucru? În primul rând o teorie (propozițiile moleculare) este verificabilă dacă ea poate fi redusă la (descompusă în) propoziții de observație/protocolare (propoziții atomare). Propozițiile de observație sunt acele propoziții ale căror valori de adevăr se stabilesc confruntând direct enunțul propoziției cu datele perceptive [observate direct sau cu ajutorul unor tehnologii (ex. microscop)]; spre exemplu, propoziția "Această tablă are culoarea neagră" este o propoziție de observație. A reduce o teorie la propoziții de observație înseamnă a deriva din ea toate propozițiile de observație din combinarea cărora rezultă teoria. Dacă aceste propoziții de observație sunt adevărate atunci teoria este adevărată; dacă propozițiile de observație sunt false atunci teoria este falsă. Uneori verificarea este posibilă doar în principiu, ca atunci când numărul de propoziții de observație este prea mare pentru a fi investigată fiecare în parte sau când nu avem încă tehnologia necesară investigării propozițiilor de observație (ex. multe predicții astronomice nu au putut fi verificate înainte de descoperirea telescopului). În acest caz, concluzia științifică este una probabilă dar care poate în principiu să se transforme în legitate pe măsură ce culegem date referitoare la toate propozițiile de observație la care se reduce teoria sau pe măsura dezvoltărilor tehnologice care extind simțurile proprii (ex. telescopul, microscopul etc.). De asemenea, conform filosofiei analitice, toate propozițiile care constituie teoria trebuie să respecte sintaxa logică, structura logică a acestora aproximând structura lumii reale. Spre exemplu,

propoziția "Daniel David este număr prim." nu este falsă, ea este fără sens deoarece nu respectă sintaxa logică (conform sintaxei logice, Daniel David nu are proprietatea de a fi număr prim). În plus față de alte școli ale tradiției analitice [atomismul logic (Russell, 1962) și a dezvoltărilor acestuia (Wittgenstein, 1953)], pozitivismul logic cere ca toate constructele folosite în elaborarea unei teorii verificabile să fie la rândul lor verificabile: Puse într-o propoziție elementară, constructele trebuie să poată fi reduse la propoziții de observație. Spre exemplu, dacă vrem să verificăm constructul de "Elf" atunci primul pas este acela de a pune acest construct într-o propoziție elementară de tipul: X este un Elf. Apoi această propoziție elementară este redusă la propoziții de observație din care să fie derivabilă: (1) X este ușor; (2) X este nemuritor; (3) X are urechi ascuțite ete. Folosind o analogie cu medicina, a verifica o propoziție sau un construct este similar cu a vizualiza un proces biologic (pentru teorie), respectiv o tumoră (pentru concept) la un microscop. Teoriile și construcțele neverificabile prin procedeul descris mai sus sunt fără sens și semnificație în perspectivă pozitivistă; în consecință, ele nu sunt științifice, ținând de alte domenii cum este arta, spre exemplu.

(2) Doctrina operaționalismului. Criteriul pozitivist pentru știință a fost unul extrem de sever. În multe discipline, mai ales în cele socio-umane dar și în cele ale fizicii, unele constructe (ex. schemă cognitivă, electron) și teorii nu puteau fi verificate după criteriul pozitivist. Acest criteriu a fost serios flexibilizat de doctrina operaționalismului (Bridgeman, 1927; 1936) care a apărut pentru prima dată în fizică. Conform acestei doctrine, constructele sau o teoriile nu trebuie reduse la propoziții de observație ci trebuie să fie operaționalizate prin propoziții de observație. Spre deosebire de "a fi redus la", termenul de "operaționalizare" arată că propozițiile de observație acoperă doar un aspect din conceptul investigat așa cum prin biopsie

luăm doar o parte dintr-o tumoră, urmând apoi să tragem o concluzie despre întreaga tumoră. Chiar cu aceste flexibilizări, pozitivismul a fost considerat prea sever, scoțând din sfera științei teorii și constructe care s-au dovedit utile și cu valențe euristice deosebite, dar care nu puteau fi verificate sau operaționalizate riguros (ex. constructul de schemă cognitivă).

(3) Raționalismul critic (Popper, 1959; 1985) încearcă să schimbe standardul demersului științific de la verificabilitate la falsificabilitate. O propoziție este falsificabilă dacă din ea se pot formula diverse predicții care sunt propoziții de observație (protocolare) și care pot fi direct confruntate cu fenomenele din mediu. În această situație o teorie este testată indirect. Continuând analogia cu condiția medicală, este ca și cum ne-am da seama de existența unei tumori cerebrale prin efectele ei (ex. creșterea tensiunii intracraniene), nu văzând-o direct și complet (prin verificabilitate) sau văzând o mostră din ea (operaționalizare). Această flexibilizare este însă una fundamentală deoarece ea schimbă semnificația întregului discurs științific. Din acest moment, funcționând într-un raționament ipotetico-deductiv (dacă avem teoria X atunci avem predicția Y), o teorie fundamentată pe propoziții de observație este probabil să fie adevărată (X este probabil adevărat) dacă propozițiile de observație sunt adevărate (Y este adevărat) sau este cu certitudine falsă (X este fals) dacă propozițiile de observație sunt false (Y este fals). În varianta verificabilității, o teorie (X) care se reducea la propoziții de observație era cu necesitate adevărată dacă propozițiile de observație (Y) erau adevărate. Popper insistă asupra faptului că o teorie științifică se deosebește de una pseudoștiințifică nu prin verificabilitate, ci prin falsificabilitate. În loc să încercăm să găsim exemple care să confirme teoria noastră noi trebuie să încercăm să găsim contraexemple. Dacă găsim aceste contraexemple atunci cu certitudine putem să ne infirmăm teoria. Dacă nu găsim aceste contraexemple atunci teoria este probabil

să fie adevărată (ne apropiem de adevărul teoriei deşi probabil că el nu va fi atins niciodată). Aşadar, cel mai bun lucru pe care putem să-l facem dacă dorim să construim teorii ştiinţifice este să derivăm predicţii (riscante) din acestea şi să vedem dacă aceste predicţii sunt sau nu sunt confirmate de datele din realitate. În acest context, trebuie să discutăm o altă variantă de raţionalism şi anume **raţionalismul discursiv** (Perelman, 1970; Toulmin, 1953). Discursul raţionalismului critic este unul teoretic, prin care se încearcă stabilirea valorilor de adevăr (ex. fals sau adevărat) ale unei teorii. Perelman arată că pentru anumite discipline ştiinţifice (ex. drept, morală), un discurs practic care se referă la ceea ce este just sau injust, folositor sau nefolositor este mai important decât unul teoretic. Aşadar, Perelman insistă că trebuie să acceptăm criteriului empiric (exprimat în mijloc de probă) şi funcţia de standard ştiinţific într-un discurs practic (voi reveni cu clarificări asupra acestui aspect când discutăm procesul de întemeiere a cunoştinţelor în capitolul 3).

(4) **Empirismul pragmatic** (Quine, 1953) flexibilizează şi mai mult demersurile anterioare. El reprezintă o combinaţie fascinantă între pragmatism şi pozitivism, fiind una dintre cele mai flexibile abordări din filosofia analitică. Deoarece pozitivismul a fost descris mai sus, înainte de a prezenta ideile empirismului pragmatic să facem câteva comentarii despre pragmatism. Pragmatismul s-a format în jurul Clubului Metafizic de la Cambridge Massachusetts (1871) care reunea profesori ca C. S. Peirce, W. James şi alţii. Numele de pragmatism a fost mai întâi folosit de Peirce care l-a derivat din distincţia kantiană dintre "raţiunea practică" care este raţiunea morală, şi "raţiunea pragmatică" care este raţiunea utilitară. Ideile fundamentale ale pragmatismului sunt (Marga, 1988; Peirce, 1935, apud. Buchler, 1940):

- Viaţa este temeiul cunoaşterii;
- Cunoaşterea este activitate;

- Adevărul unei judecăţi este conferit de reuşita acţiunii pe care o orientează;
- Realitatea este în ultimă instanţă rezultatul unor inferenţe ipotetice operate de o comunitate nelimitată de oameni de ştiinţă; comunitatea nelimitată este întruchiparea raţiunii în pragmatism.

Pragmatismul reduce importanţa distincţiei dintre discursul teoretic şi cel practic, ambele fiind evaluate aici prin reuşita acţiunii pe care o orientează. Empirismul pragmatic arată că, chiar dacă am accepta ideea că teoriile au valori de adevăr prin raportare la datele de observaţie (ideea pozitivistă), ele nu pot fi stabilite metodologic. Astfel, maxima pragmatică - adevărul unei teorii este conferit de reuşita acţiunii pe care o orientează - trebuie serios valorizată. Empirismul pragmatic arată că între teoria testată şi predicţiile derivate din ea se interpun o serie de ipoteze auxiliare. Spre exemplu, dacă dorim să testăm ipoteza că un fenomen X cauzează un alt fenomen Y şi facem predicţia că dacă producem fenomenul X de trei ori atunci fenomenul Y trebuie să apară de trei ori, se poate întâmpla ca predicţia să nu fie confirmată. Aceasta ar duce, sugerează raţionalismul critic, la infirmarea teoriei. Quine (1953) însă ne atenţionează că este posibil ca teoria să fie adevărată dar ipotezele auxiliare să fie false. Una dintre ipotezele auxiliare în exemplul de mai sus este că metoda/sarcina Z măsoară/arată prezenţa fenomenului X. Dacă această ipoteză auxiliară este falsă, atunci relaţia aşteptată de noi nu va apărea, fără ca acest lucru să însemne cu necesitate că teoria X este falsă. Luând în considerare aceste aspecte, se pare că este greu de realizat idealul popperian al "experimentului crucial" care să tranşeze între două teorii aflate în contradicţie; oricare teorie, în caz că este infirmată, poate să fie salvată prin modificarea ipotezelor sale auxiliare. Aceste idei au fost dezvoltate de Lakatos (1970). Conform lui Lakatos (1970) un sistem teoretic este alcătuit din două componente majore:

- Un nucleu protejat de "centuri de siguranţă" şi care conţine aspectele centrale ale teoriei;

• Un zonă de protecţie formată din ipoteze auxiliare.

Dacă cercetările infirmă predicţiile făcute pe baza nucleului tare, nu trebuie să negăm adevărul acestui nucleu ci putem modifica ipotezele auxiliare şi prin aceasta să dobândim un plus de cunoaştere; un astfel de program de cercetare rămâne un program de cercetare progresiv. Newton spre exemplu, pornind de la teoria elaborată de el a încercat să prezică orbita lui Uranus. Predicţia nu a fost însă confirmată. Fără a considera că teoria sa este falsă, Newton a modificat o ipoteză auxiliară şi anume că probabil există o altă planetă încă neidentificată al cărei efect nu a fost luat în calcul în predicţiile generate pe baza teoriei sale şi de aceea predicţiile nu au fost confirmate: Într-adevăr, includerea acestei ipoteze auxiliare a dus la descoperirea planetei Neptun. Dacă însă modificarea ipotezelor auxiliare nu aduce un plus de cunoaştere ci ajută doar la salvarea nucleului tare al unei teorii, atunci acele programe de cercetare sunt regresive şi probabil influenţa lor în cercetarea ştiinţifică se va reduce. O altă contribuţie a empirismului pragmatic este ideea că o teorie nu este testată în fiecare propoziţie a ei luată individual, ci ea este testată ca un tot unitar. Deşi în cercetări specifice facem predicţii pornind de la anumite componente (propoziţii) ale teoriei, ele sunt influenţate de teorie ca un tot, şi în consecinţă, concluzia asupra lor se răsfrânge adesea asupra întregului sistem teoretic.

A doua tradiţie asupra ştiinţei este una descriptivă. Ea ne arată nu cum ar trebui să funcţioneze ştiinţa ci cum adesea funcţionează concret în viaţa de zi cu zi, fără să îşi propună cu necesitate oferirea de standarde pentru ceea ce înseamnă ştiinţă. Dacă în prima tradiţie se recunoştea în diferite grade (depinzând de şcoală) un constructivism epistemologic (cunoştinţele noastre nu sunt standarde absolute ci aproximări şi construcţii ale fenomenului) şi de cele mai multe ori se nega un constructivism ontologic (dar vezi pragmatismul), în această tradiţiei descriptivă

adeseori un constructivism epistemologic poate să fie însoţit şi de un constructivism ontologic - se neagă existenţa unei realităţi independente de subiect, realitatea însăşi fiind construită de acesta -. Spre exemplu, Goodman (1978) arată cum demersul unui studiu poate fi astfel controlat încât să obţinem datele pe care le aşteptăm conform teoriei. Suportul empiric nu este obiectiv şi imuabil, ci este el însuşi o construcţie teoretică. Adesea "vedem în datele de observaţie" ceea ce ne spune teoria. Astfel, este clasic cazul oamenilor de ştiinţă din secolul XVII-XVIII, adepţii teoriei preformării, care privind la microscop celulele sexuale masculine au văzut -conform teoriei prealabile - că acestea conţin fiinţe miniaturizatel Astfel, în celule sexuale ale armăsarilor au văzut cai în miniatură, în cele ale câinilor au văzut câini în miniatură, iar în cele ale oamenilor, desigur, au văzut forme umane miniaturizatel (pentru detalii vezi Kirsch, 1999); în acest context Goodman (1978) vorbeşte despre "fabricarea faptelor". S-ar putea replica autorului că deşi datele empirice nu sunt imuabile, ele sunt cel mai riguros criteriu pe care îl avem până în acest moment pentru ştiinţă, deoarece ele pot fi examinate critic prin replicare şi acordul interevaluatori (ex. teoria preformării a fost infirmată tot empiric). Desigur, o atitudine critică reflexivă asupra limitelor acestui criteriu empiric este însă de dorit. Voi prezenta două orientări în cadrul acestei tradiţii descriptive, care au avut un impact mai mare în filosofia ştiinţei.

(1) Cadrul paradigmatic: În 1962 Thomas Kuhn a publicat cartea numită "Structura revoluţiilor ştiinţifice" în care afirma că istoria unui domeniu al ştiinţei parcurge de obicei şase etape:

(1) perioada preparadigmatică;

(2) ştiinţă normală, etapa în care este explorată şi elaborată paradigma ştiinţifică;

(3) faza de criză;

(4) apariţia unei noi paradigme ştiinţifice;

(5) faza de revoluție și luptă între vechea și noua paradigmă;

(6) victoria uneia dintre cele două paradigme și reîntoarcerea la etapa de știință normală.

Această descriere a științei și a evoluției științifice a exercitat o puternică atracție asupra oamenilor de știință, cartea lui Thomas Kuhn devenind ea una din cele mai citate cărți de filosofia științei în lucrările de specialitate.

(a). Perioada preparadigmatică. Această etapă a evoluției științifice este caracterizată prin următoarele:

– datele obținute sunt întâmplătoare, aleatoare și superficiale;

– cercetarea se bazează pe observație (adesea nesistematică), nu pe experiment;

– majoritatea datelor combină simplul cu complexul, adevărul cu falsul, rămânând numeroase "breșe" în perspectiva asupra fenomenului investigat;

– se dezvoltă școli care sunt în competiție unele cu altele, adesea fiecare considerând că posedă adevărul și că este mai bună decât celelalte.

(b). Faza de știință normală. Aceasta se caracterizează prin:

– descoperirea unor aspecte științifice semnificative;

– elaborarea unei paradigme științifice;

– elaborarea teoriilor și modelelor; cercetarea se bazează în special pe date empirice culese prin experiment, nu prin observație;

– apar ipoteze științifice testabile;

– cercetătorii rezolvă probleme de tip "puzzle".

Paradigma este reprezentată de asumpții fundamentale care nu pot fi testate în mod direct. După cum afirmă Kuhn (1962), orice cercetare este realizată și încadrată într-o paradigmă. O paradigmă reprezintă o colecție de proceduri și idei prin care cercetătorii sunt instruiți implicit "ce să creadă", "cum să realizeze studiile" și "care sunt rezultatele pe care ar trebui să le

accepte". În cadrul unei paradigme, deși se pot dezvolta teorii și modele testate empiric, adesea cercetătorii preferă să rezolve probleme de tip "puzzle". O problemă de tip "puzzle" este o problemă (după jocul cu același nume) despre care știm dinainte că se poate rezolva și mai ales știm că avem toate piesele necesare rezolvării ei; trebuie doar să combinăm adecvat aceste piese după un model din paradigmă. Problema de tip "puzzle" este congruentă cu paradigma, rezultatul este bine anticipat și soluția ei întărește respectiva paradigmă. Un anumit fenomen devine o problemă de tip "puzzle" atunci când: (1) un număr mare de cercetători dintr-un domeniu sunt implicați în rezolvarea lui și (2) acesta nu este neglijat ci devine obiectul principal al cercetării. Paradigma științifică reinterpretează și integrează aspectele valide ale teoriilor și modelelor anterioare și ale abordărilor din perioada preparadigmatică în cadrul sistemului său teoretic, utilizând termeni proprii. De exemplu, în psihoterapie, terapia comportamentală a reinterpretat tehnicile psihanalitice în termenii teoriei învățării bine validată științific, validare care lipsea în abordarea lui Sigmund Freud. Astfel (pentru detalii vezi Dollard și Miller, 1950; Udolf, 1981): (1) transferul este interpretat ca un aspect specific al fenomenului de generalizare a învățării; (2) represia este un comportament învățat deoarece este întărit negativ prin reducerea anxietății; (3) interpretarea este utilă chiar dacă nu este adevărată, deoarece oferă pacientului o istorie coerentă de viață și (4) tehnica asociațiilor libere este folositoare deoarece pacientul interpretează acceptarea de către psihoterapeut a verbalizărilor sale automate ca "iertare" și în consecință, teama asociată cu aceste verbalizări se reduce etc. În această etapă, paradigma științifică poate coexista cu alte abordări, expresii ale perioadei preparadigmatice sau ale dezvoltărilor din etapa preparadigmatică.

(c). Etapa de criză. Paradigma științifică este acceptată de către oamenii de știință chiar dacă ea nu explică toate datele

obținute empiric. O perioadă de criză survine atunci când vechea paradigmă este confruntată cu numeroase predicții eronate și când apar breșe ale teoriilor și modelelor sale explicative.

(d). Apariția unei noi paradigme științifice. Când vechea paradigmă nu poate explica numeroase fenomene relevante pentru știință și se acumulează predicții eronate, apare o nouă paradigmă. Acesta este momentul începerii revoluției științifice.

(e). Revoluția științifică este caracterizată prin faptul că:

– se adâncește aspectul conflictual dintre vechea și noua paradigmă;

– apar lucrări științifice scrise în spiritul noii paradigme;

– vechile idei sunt considerate false.

(f) Reîntoarcerea la faza de știință normală. Când una dintre paradigme câștigă, explicând tot ceea ce a explicat cealaltă paradigmă și mai mult decât atât, o parte din aspectele paradigmei care a pierdut vor fi reinterpretate și integrate în sistemul teoretic al paradigmei care a câștigat.

(2) **Împotriva metodei.** Un cadru epistemologic cu influențe sociale și mai extremist este propus de Paul Feyerabend (1975). Feyerabend susține că nu există o logică în știință, și că oamenii de știință creează și aderă la teorii științifice din motive subiective și chiar iraționale. Știința este un mit acceptat social, este religie, iar oamenii de știință, ca și preoții, fac orice este necesar pentru a avansa ei și domeniul lor. Feyerabend își formulează credo-ul pornind de la formula "orice funcționează" într-un domeniu al științei guvernate de "legea celui care strigă cel mai tare" (Feyerabend, 1975). Consensul profesioniștilor, adevărul prin vot și "vinderea produsului" sunt standardele științei. În acest cadru, se poate ridica o problemă de ordin etic, legată de metodele pe care oamenii de știință le utilizează pentru a-și conserva și extinde domeniul de activitate. În varianta propusă de Thomas Kuhn, modalitățile de influențare ale paradigmei asupra cercetătorilor și domeniului par a fi implicite,

iar efectul lor poate fi mediat de expectanțele implicite ale experimentatorului. Perspectiva lui Feyerabend nu mai impune însă această constrângere. De altfel, modalitățile postulate de această din urmă perspectivă sunt congruente cu utilizarea presiunii sociale (ex. presiunea sponsorului, afilierea cercetătorului) și a unor metode mai puțin "ortodoxe" (ex. neincluderea în studii a anumitor rezultate care nu se potrivesc cu ipotezele inițiale, distorsiuni în modalitățile de prezentare și interpretare a datelor).

După această trecere în revistă a principalelor sisteme epistemologice în care se definește/a fost definită știința, probabil că ceea ce am putea afirma este că peisajul științei, așa cum apare ea în viața de zi cu zi, este mozaical, cu un amestec de modalități care corespund atât tradiției decriptive cât și celei normative. Oricum, trebuie să remarcăm faptul că elementul fundamental al științei este întemeierea cunoștințelor într-un discurs teoretic sau practic prin suport empiric; aceasta face ca produsele științifice să fie repetabile și testabile independent de cel care le-a produs. În același timp, trebuie însă să menționăm că semnificația sintagmei - suport empiric - este diferită în școli filosofice diferite. Astfel, considerând că propozițiile de observație descriu o realitate fizică independentă de noi atunci suport empiric înseamnă ceea ce corespunde realității fizice (ex. pozitivismul logic, operaționalism, raționalismul critic). Dacă propozițiile de observație sunt ele însele construcții atunci suport empiric înseamnă ceea ce corespunde unei realități comune construită de o comunitate nelimitată de oameni (ex. aici se înscriu sub anumite aspecte pragmatismul, empirismul pragmatic, raționalismul discursiv). Întemeierea logico-matematică este specifică unui număr mai restrâns de discipline, cum este cazul disciplinelor formalizate, dar în ultimă instanță și acest criteriu poate fi redus tot la criteriul empiric (ex. verificarea empirică a consecințelor unei demonstrații logico-matematice) (Quine,

1953). Considerând întemeierea prin suportul empiric ca fiind nucleul tare al validității științifice, se reduce ponderea factorului subiectiv și de forță în impunerea unei perspective asupra unui fenomen. Astfel, accentul se mută asupra suportului empiric, perspectiva teoretică putând fi testată repetat și independent de cel care propune teoria sau modelul, prin validare interevaluatori. Acest suport empiric se poate exprima prin verificabilitate, operaționalizare și/sau falsificabilitate [înțeleasă în variantă popperiană sau a dezvoltărilor aduse de diferite variante ale pragmatismului (raționalismul discursiv; empirismul pragmatic)]. Deși acest demers normativ bazat pe suportul empiric este nucleul tare al demersului științific, desigur că factorii psihosociali menționați în modele descriptive contaminează mai mult sau mai puțin acest nucleu tare. Rolul omului de știință este însă acela de a maximiza ponderea standardului empiric și de a reduce ponderea factorilor contaminanți, prezentați în modelele descriptive.

Alte abordări normative mai recente, cum sunt dezvoltările postmoderniste extreme asupra științei (Derrida, 1976; Rorty, 1991) și care pe lângă un "excesiv" constructivism epistemologic susțin și un "excesiv" constructivism ontologic, negând suportului empiric rolul de criteriu decisiv pentru știință, nu au oferit încă standarde alternative care să ne ajute să depășim situația în care fiecare (individ sau grup) are adevărul lui și știința lui, ca urmare a unei imersii unice în fenomen! Am folosit termenul de "excesiv" pentru a sublinia că se încearcă relativizarea totală a construcției științifice. În variantele pozitiviste, neopozitiviste (pozitivismul logic; operaționalism) și postpozitiviste (raționalismul critic și discursiv; empirismul pragmatic) prezentate aici, deși se acceptă un constructivism epistemologic și uneori chiar unul ontologic moderat, se sugerează că există niște standarde minime ale construcției științifice comune majorității oamenilor. Aceste standarde

comune - criteriul empiric - ne ajută să evităm situația în care fiecare avem adevărul nostru și asigură minima raționalitate - minima rationalia - în discurs și comunicare. Alte abordări normative postmoderne moderate și importante în filosofia științei (deși nu au pătruns practica științifică atât de puternic ca abordările descrise de noi aici) precum fenomenologia (Husserl, 1947) și hermeneutica filosofică (Gadamer, 1975), care nu recunosc suportului empiric rolul major în standardul științific, păstrează totuși criterii minime comune construcției științifice. Aceste orientări postmoderne moderate au încercat să ofere științei standarde normative, alternative celui empiric. Astfel, fenomenologia (Husserl, 1947) a arătat că scopul științei nu este cunoașterea faptului empiric ci a fenomenului, actul de conștiință care ne permite accesul la faptul empiric; prin acest angajament, fenomenologia anulează distincția dintre subiectul cunoscător și obiectul cunoscut. Intuiționismul (Bergson, 1934) și abordările hermeneutice (Dilthey, 1937) insistă nu pe faptul empiric sau pe fenomen, ci pe trăirea/interpretarea faptului empiric la nivel subiectiv. Să exemplificăm cele spuse aici. O analiză a lungimii de undă a culorii ROȘU este o abordare empirică/cantitativă. O analiză a modului în care experiențiem la nivel subiectiv culoarea ROȘU - cum o trăim/interpretăm noi, trăire/interpretare care nu se reduce la nivelul lungimii de undă - este o abordare intuiționistă și hermeneutică (ele au generat în știință metodologia calitativă). Apoi, punând în paranteză obiectul, culoarea ROȘU în acest caz, putem ajunge la fenomen, adică la actul de conștiință (ex. esența procesului perceptiv) care, prin faptul că există și este caracterizat prin intenționalitate (se referă la obiect), este prerechizita și fundamentul analizelor cantitative și calitative ale culorii ROȘU [aceasta este abordarea fenomenologică (Husserl, 1947) și a hermeneuticii filosofice (Gadamer, 1975)]. În concluzie, demersul științific în cadrul pozitivismului, neopozitivismului (pozitivismul logic; operaționalism) și

postpozitivismului (raționalismul critic și discursiv; empirismul pragmatic) are ca nucleu tare suportul empiric. Suportul empiric poate fi obținut prin diverse metode de cercetare. Studiul experimental și studiul clinic controlat sunt cele mai riguroase metode care permit și generalizarea rezultatelor. Desigur că există și alte metode pentru avansarea cunoașterii pe baza principiului empiric. Studiul de caz, observația sistematică, analiza unei situații problemă sau experiența clinică pot duce la noi cunoștințe, spre exemplu. Aceste cunoștințe sunt însă contextuale, ele nu pot fi generalizate. În măsura în care conștientizează acest lucru și se exprima această idee atunci când formulăm concluziile pe baza rezultatelor obținute cu aceste metode (ex. studiu de caz) facem știință. În măsura în care utilizăm astfel de metode (ex. studiu de caz) dar în concluzii generalizăm rezultatele obținute, acest demers este pseudoștiință. Pentru generalizarea rezultatelor avem nevoie de studii clinice controlate! Așadar, în această lucrare, demers științific înseamnă demers întemeiat empiric. Pseudoștiință înseamnă lipsa suportului empiric (ex. datele empirice invalidează cele afirmate sau cunoștințele prezentate ca fiind adevărate nu au fost încă testate empiric) sau utilizarea lui eronată (ex. generalizarea concluziilor pe baza unor date empirice obținute prin metode care nu permit generalizarea). Cu toate limitele lui și cu toate presiunile la care este supus de factorii contaminanți, acest criteriu empiric s-a dovedit benefic în evoluția noastră tehnologică și în îmbunătățirea nivelului de trai, constituind astfel nucleul tare al științei cum este ea înțeleasă astăzi. Postmodernismul moderat (ex. fenomenologia, hermeneutica, intuiționismul) nu a reușit să se impună ca o alternativă la criteriul empiric în știință (dar a generat abordări complementare celor empirice, cum este metodologia calitativă; pentru implicații în psihologie vezi Martin și Sugarman, 2000), iar postmodernismul extrem (Derrida, 1976) nu a adus încă nimic competitiv decât niște lecturi de seară interesante.

PARTEA I. FUNDAMENTE ALE PSIHOPATOLOGIEI CA ȘTIINȚĂ

În partea întâi a lucrării voi prezenta noțiunile de psihopatologie care apoi vor fi utilizate pe tot parcursul lucrării atunci când voi analiza Psihopatologia ca pacient. În capitolul 1 sunt prezentate constructele fundamentale (ex. definiția psihopatologiei, conceptul de sănătate și cel de boală, funcțiile psihopatologilor, orientările teoretice în psihopatologie), urmând ca în capitolul 2 să arăt demersul unei analize clinice particularizate pe un caz clinic din practica proprie, pentru a facilita apoi cititorului înțelegerea studiului de caz în care Psihopatologia este tratată ca un pacient. Încercând să prezint toate prerechizitele minime necesare înțelegerii acestei lucrări, această parte va fi mai puțin omogenă, fiind mai degrabă organizată după modelul unui ghid de utilizare a unui produs.

CAPITOLUL 1
DEFINIȚII ȘI PRECIZĂRI CONCEPTUALE

1.1. Definiția psihopatologiei ca știință

Patologia (gr. pathos-suferință; logos-știință) studiază modul în care se instalează, evoluează și se termină bolile. Psihopatologia (gr. psyche-suflet/psihic; pathos-suferință; logos-știință) studiază modul în care se instalează, evoluează și se termină tulburările psihice (Sarason și Sarason, 1999). În sens larg, prin psihopatologie se înțelege însă și știința care se ocupă cu studiul și tratamentul tulburărilor mentale după criterii

teoretice, utilizând noțiuni abstracte evidențiabile prin analiza raporturilor dintre datele unei observații critice (Marchais, 1970). Sensul larg al psihopatologiei este cel pe care îl voi folosi în lucrarea de față, sens care include și analiza mecanismelor etiopatogenetice și de tratament ale tulburărilor psihice. Stabilirea rolului și controlul factorilor psihologici implicați în tulburările psihice și bolile somatice revin psihologiei clinice, în timp ce aspectele biomedicale ale tulburărilor psihice fac mai mult obiectul psihiatriei. Trebuie însă menționat explicit că aceste distincții nu instituie categorii exclusive, ci există numeroase suprapuneri între psihologia clinică și psihiatrie cu privire la aportul lor în psihopatologie.

1.2. Sănătate și boală

Starea de sănătate este definită în Constituția OMS (Organizația Mondială a Sănătății; http://www.who.int) ca fiind o stare de bine fizic, psihic și social. Boala, pe de altă parte, este definită ca o serie de modificări biologice și/sau psiho-comportamentale care generează o stare de distres și sau/ disabiliate sau un risc crescut spre distres și/sau disabilitate [American Psychiatric Association (APsyA), 1994; U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), 1999]. Boala are mai multe componente pe care le discutăm succint în continuare.

—(1) **Manifestări** (pentru detalii vezi Bolosiu, 1990). Fiecare boală presupune cel mai adesea anumite modalități de manifestare, un anumit tablou clinic (în anumite situații boala poate să nu aibă un tablou clinic identificabil sau ușor identificabil). Tabloul clinic – numit și simptomatologia pacientului – conține semne și simptome. Semiologia (gr. semion-semn, marcă după care ceva poate fi cunoscut; logos-discurs, știință) este știința care se ocupă cu studiul acestora.

Semnele (lat. signum-însemnare, marcă) sunt forme de manifestare a bolii care pot fi identificate de clinician sau altă persoană, inclusiv pacientul, pe baza simțurilor proprii, independent de ceea ce declară pacientul (ex. modificări de culoare a pielii; modificări în comportament). *Simptomele* (gr. symptoma – ceea ce se produce, apare; de la sym – împreună; piptein – a cădea) sunt acele manifestări ale bolii care apar în primul rând în sfera de percepție a bolnavului și sunt experiențiate de acesta la nivel subiectiv; ele pot fi cunoscute de clinician doar indirect, prin declarațiile pacientului (ex. starea de frică). Unele semne și simptome tind să apară împreună, constituind sindroame (gr. syn—împreună; dromos – cale, cursă). Spre exemplu, concepția negativă față de propria persoană, față de viitor și prezent tind să apară împreună, constituind un sindrom depresiv (Beck și colab., 1979). Un sindrom poate să aibă o etiologie multiplă. Dacă mecanismele etiopatogenetice ale unui sindrom sunt cunoscute, atunci în principiu putem vorbim despre boală; pentru detalii privind relațiile existente între conceptul de sindrom și cel de boală vezi Bolosiu (1994). Tratamentele care vizează direct reducerea acestor manifestări fără a schimba cauzele și mecanismele care le-au generat se numesc tratamente simptomatice.

—(2) **Boala presupune anumiți agenți/factori etiologici** (cauzali) (pentru detalii vezi (Price și Lynn, 1981). Două criterii sunt mai importante în clasificare acestor agenți/factori etiologici. **După natura lor**, ei se clasifică în agenți exogeni și agenți endogeni. La rândul lor, agenții exogeni pot să fie fizici (ex. mecanici, termici, electrici, prin energie radiantă etc.), chimici (ex. acizi, baze, săruri etc.), biologici (ex. microbi, viruși, paraziți, ciuperci, diferite macromolecule organice etc.) și psihosociali (ex. stresul, stilul de viață nesănătos). Agenții endogeni (ex. factori genetici) pot fi considerați primari, producând diverse tipuri de anomalii ereditare; în ultimă instanță ei sunt însă

agenţi exogeni care au acţionat fie asupra aparatului genetic al strămoşilor, fie asupra aparatului genetic în cursul existenţei individului. După funcţia lor, agenţii etiologici se împart în: (1) factori declanşatori; (2) factori determinanţi; (3) factori favorizanţi; (4) factori predispozanţi/de risc şi (5) factori de menţinere.

Factorii declanşatori se referă la acei factori care produc în mod direct simptomatologia; ei sunt factori necesari declanşării tabloului clinic dar adesea nu sunt şi suficienţi. Unul dintre factorii declanşatori cei mai importanţi în psihopatologie se referă la discrepanţa cognitivă dintre motivaţia pacientului (ex. scopuri, motive, dorinţe, aşteptări şi expectanţe etc.) şi evenimentele propriu-zise care au loc. Cu cât această discrepanţă este mai mare, cu atât problemele psihologice sunt mai severe; studiile arată că discrepanţa este cu atât mai severă cu cât motivaţia noastră este mai imperativă, limita fiind formularea scopurilor şi dorinţelor noastre în termeni absolutişti de "trebuie cu necesitate..." (David şi colab., 2002; Ellis, 1994). De asemenea, trebuie să diferenţiem clar între factorii declanşatori şi cei determinanţi.

Factorii determinanţi au aceleaşi caracteristici ca cei declanşatori –produc în mod direct simptomatologia - dar ei sunt specific legaţi de un tablou clinic (ex. bacilul Koch pentru tuberculoză), în timp ce factorii declanşatori nu sunt specific legaţi de un tablou clinic (ex. stresorii ca factori declanşatori pot genera tulburări depresive sau anxioase). În psihopatologie puţini factori determinanţi –mai ales psihosociali - au fost clar identificaţi până acum.

Factorii favorizanţi joacă în psihopatologie rolul pe care catalizatorii îl joacă în reacţiile chimice. O serie de reacţii chimice se pot desfăşura şi fără catalizatori, dar prezenţa acestora în cazul unor reacţii chimice eficientizează întregul proces. Similar,

factorii favorizanţi eficientizează acţiunea factorilor declanşatori şi determinanţi în apariţia tabloului clinic.

Factorii predispozanţi sunt acei factori care au un caracter general, aparţin pacientului, au fost prezenţi înainte de instalarea tabloului clinic şi care prin interacţiune cu factorii declanşatori, determinanţi şi/sau favorizanţi duc la apariţia tabloului clinic.

Factorii de menţinere au rolul de a susţine simptomatologia. Acest rol poate fi jucat de factorii declanşatori, determinanţi, favorizanţi sau predispozanţi care au declanşat tabloul clinic, dar şi de alţi factori care au apărut după generarea tabloului clinic. Toţi aceşti factori etiologici descrişi aici interacţionează pentru a genera un anumit tablou clinic dar aceasta nu înseamnă că de fiecare dată când apare un tablou clinic trebuie să fie prezenţi factori din fiecare categorie menţionată aici (ex. în anumite situaţii factorii favorizanţi pot să nu fie prezenţi, iar în psihopatologie este adesea dificil de identificat factorii determinanţi). Tratamentele care vizează modificare acestor factori, şi prin aceasta reducerea tabloului clinic se numesc tratamente etiologice, ele vizând cauza manifestărilor bolilor.

(3) Reacţii de răspuns ale organismului la acţiunea agenţilor etiologici (pentru detalii vezi Price şi Lynn, 1981; Selye, 1976). Aceste reacţii pot fi specifice sau nespecifice, fiecare din ele la rândul lor putând fi locale sau cu caracter general. De asemenea, ele se pot manifesta la nivel biologic (ex. modificarea tensiunii arteriale) sau la nivel psihologic (ex. deficienţe la nivelul memoriei implicite). Cu privire la modul în care apar aceste reacţii ca răspuns al organismului la acţiunea unor factori etiologici, a apărut o adevărată ştiinţă – patogenia – (gr. pathos-suferinţă; gennan-a genera). Aceste reacţii sunt identificabile prin analize de laborator (vezi testele medicale şi psihologice). Tratamentele care vizează modificarea acestor reacţii la acţiunea agenţilor etiologici şi prin aceasta ameliorarea tabloului clinic al pacientului se numesc tratamente patogenetice.

Tratamentele etiologice și cele patogenetice (etiopatogenetice) sunt un deziderat în tratamentul medical și psihologic deoarece ele vizează cauzele distale (cele etiologice) și proximale (cele patogenetice) ale tabloului clinic. Tratamentele simptomatice nu sunt cauzale și de aceea rolul lor este de a exista până când este posibilă administrarea unor tratamente etiopatogenetice sau până când tabloul clinic se ameliorează ca urmare a evoluției naturale a bolii.

În baza celor discutate mai sus, o clasificare cu rol euristic a bolilor este prezentată în Tabelul 1 (pentru detalii vezi David, 2003). Această clasificare consideră simultan criteriul etiopatogenetic și cel semiologic și arată clar rolul tratamentelor psihologice și al celor biomedicale pentru diverse categorii de tulburări.

Tulburările care au un tablou clinic format din semne și simptome predominant psihologice și care implică predominant mecanisme etiopatogenetice psihologice necesită tratamente psihologice. În acest caz tratamentele medicamentoase sunt doar simptomatice și nu vizează cauza tabloului clinic. Tulburările care au un tablou clinic dominat de semne și simptome psihologice dar au mecanisme etiopatogenetice somatice necesită în primul rând un tratament medical; rolul diagnosticului diferențial este foarte important și psihologii trebuie să fie atenți la această categorie care poate induce în eroare sugerând că este necesar în primul rând un tratament psihologic (în această situație tratamentul psihologic este simptomatic sau parțial patogenetic dacă unul etiologic). Tulburările care au un tablou clinic dominat de semne și simptome predominat somatice și ale căror mecanisme etiopatogenetice sunt predominant somatice, formează nucleul tare al medicinei tradiționale; în acest caz tratamentele psihologice sunt doar simptomatice, adjuvante celor medicale. Tulburările ale căror tablou clinic implică semne și simptome somatice dar mecanismele etiopatogenetice sunt

predominat psihologice sunt o provocare pentru psihologi și medici. Ele necesită mai multe decât cele lalte categorii de tulburări muncă în echipă și eventual un tratament psihologic și medical

Tabelul 1. O clasificare euristică a bolilor în funcție de tabloul clinic și mecanismele etiopatogenetice.

Semne și simptome / Mecanisme etiopatogenetice	Predominant psihologice	Predominant somatice
Predominant psihologice	Tulburările psihice "clasice" [vezi DSM-IV pentru detalii (APayA, 1994)]	Tulburări psihosomatice (vezi Kaplan și colab., 1997 pentru detalii) Tulburări somatoforme [vezi DSM-IV pentru detalii (APayA, 1994)]
Predominant somatice	Tulburări psihice datorate ulior comitții medicale sau consumului de substanțe [vezi DSM-IV pentru detalii (APayA, 1994)]	Tulburările somatice "clasice" [vezi ICD-10 pentru detalii (OMS, 1992)]

LEGENDĂ: *ICD-10* (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems; Clasificarea Statistică Internațională a Maladiilor și a Problemelor în Legătură cu Sănătatea; ediția 10); *APayA* (American Psychiatric Association; Asociația Psihiatrilor Americani); *DSM-IV* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale; ediția IV); *OMS* (Organizația Mondială a Sănătății; World Health Organization).

combinat. Adesea este o provocare pentru psiholog a face psihoterapie cu această categorie de bolnavi, deoarece aceştia, având simptomatologie somatică, nu înţeleg clar şi nu acceptă uşor rolul factorilor psihologici în generarea ei; acest lucru arată lipsa unei culturi psihologice şi prezenţa unui model biomedical ortodox şi puternic nu doar la nivelul simţului comun ci şi la nivelul unui segment larg de profesionişti din domeniul sănătăţii.

1.3. Rolul şi atribuţiile psihopatologului

Psihopatologul are mai multe atribuţii (pentru detalii vezi David, 2003):

(1) *Diagnostic psihologic şi evaluare clinică.*

(2) Intervenţie şi tratament. Dacă psihopatologul este psiholog, forma de tratament utilizată include consilierea psihologică şi intervenţia psihoterapeutică. Ea se referă la controlul factorilor psihologici implicaţi în boală şi în optimizarea subiecţilor umani sănătoşi. Dacă psihopatologul este psihiatru, atunci tratamentul este în principal medicamentos, deşi mulţi psihiatri au şi competenţă în psihoterapie.

(3) Cercetare. Se referă la investigarea rolului factorilor psihologici şi fizici implicaţi în sănătate şi boală.

(4) Educaţie şi formare/training: Psihologul clinician este acel licenţiat în psihologie care s-a specializat şi lucrează în domeniul clinic (ex. spitale, laboratoare de sănătate mintală, organizaţii nonguvernamentale). Psihiatrul este licenţiat în medicină şi a parcurs un program de rezidenţiat în psihiatrie. Anubii profesionişti pot parcurge opţional programe de formare în psihoterapie care le oferă competenţa de practicant şi formator/supervizor (pot educa şi forma alţi profesionişti) în psihoterapie.

1.4. Orientări teoretice în psihopatologie. O scurtă introducere

Există două mari clase de orientări teoretice în psihopatologie şi anume, una psihologică şi una biomedicală (pentru detalii vezi Sarason şi Sarason, 1999). Prima orientare conferă psihologiei clinice şi psihoterapiei rolul principal în diagnosticul şi tratamentul tulburărilor psihice. *Psihologia clinică* este definită ca fiind ştiinţa care studiază factorii psihologici implicaţi în boală şi în optimizarea subiecţilor umani sănătoşi. După cum rezultă şi din definiţie, un accent puternic se pune recent în psihologia clinică şi asupra profilaxiei bolilor şi optimizării performanţelor subiecţilor umani sănătoşi. În această direcţie psihologia clinică contribuie la furnizarea unor tehnologii psihologice de control al stresului, al unor obiceiuri alimentare dezadaptative, de autocontrol emoţional etc., prevenind astfel îmbolnăvirea şi optimizând performanţele subiecţilor umani sănătoşi. Cele două aspecte în care sunt implicaţi factori psihologici, curativ şi de optimizare/profilaxie, definesc direcţiile majore de dezvoltare ale psihologiei clinice (Kaplan şi colab., 1997). Profilaxia (prevenţia) poate fi primară, secundară sau terţiară (Kaplan şi colab., 1997). *Prevenţia primară* se referă la intervenţia care previne instalarea bolii. Ea se adresează populaţiei sănătoase dar cu vulnerabilitate la boală şi se realizează adesea prin intervenţii la nivel de grup (selecţionat, comunitar etc.). *Prevenţia secundară* se referă la intervenţia care are loc imediat după apariţia bolii şi care are ca scop prevenirea complicaţiilor şi evoluţiei bolii (ex. reducerea riscului de suicid în tulburarea depresivă majoră). *Prevenţia terţiară* se face în cazul bolilor cronice şi urmăreşte reducerea complicaţiilor induse de complicaţiile bolii (ex. creşterea calităţii vieţii persoanelor depresive cu tentative de suicid). *Psihoterapia* este intervenţia psihologică care vizează modificarea factorilor psihologici

implicați în boală și dezvoltarea/optimizarea personală. Cele peste 200 de școli de psihoterapie sunt grupate în trei tradiții majore (Bergin și Garfield, 1994). Ele vor fi descrise succint în cele ce urmează (pentru detalii vezi David, 2003; Sarason și Sarason, 1999).

(1) Abordarea dinamic-psihanalitică (pentru detalii vezi David, 2003). Ca o paradigmă ce a fost elaborată pornind în special de la observații și intuiții clinice, psihanaliza a abordat preponderent impactul inconștientului asupra tulburărilor psihice și psihosomatice. Asumpțiile fundamentale ale acestei perspective sunt:

(1) Psihicul uman are o structură nivelară fiind alcătuit din trei componente: *(a) Id-ul* sau inconștientul care funcționează după principiul plăcerii și care conține instinctele noastre sexuale și agresive precum și o mulțime de informații refulate, asociate acestor instincte; *(b) Ego-ul* (Eu-ul) sau conștientul care funcționează după principiul realității, principiu care determină refularea în inconștient a informațiilor anxiogene cu încărcătură sexuală sau agresivă. Funcționarea Ego-ului este constrânsă și de a treia componentă *(c) Supraego-ul* care conține normele și principiile morale și sociale interiorizate de fiecare dintre noi, în primul rând ca urmare a educației din familie.

(2) Conținutul refulat al Id-ului (inconștientului) tinde să se exprime plenar la nivelul Ego-ului (conștient).

(3) Conștientizarea la nivelul Ego-ului a acestui conținut refulat generează trăirile emoționale negative (ex. anxietate). Odată generate problemele emoționale, Ego-ul apelează la mecanisme de apărare pentru a bloca conștientizarea lor (ex. represia). Întregul demers este sintetizat sub forma așa-numitului "triunghi al conflictului" (vezi fig. 1), element important din structura tulburărilor psihice și psihosomatice. Acesta are trei componente: X reprezintă conflictul propriu-zis inconștient, A reprezintă anxietatea generată de conștientizarea conflictului,

iar D reprezintă mecanismele defensive la care subiectul apelează în scopul reducerii anxietății.

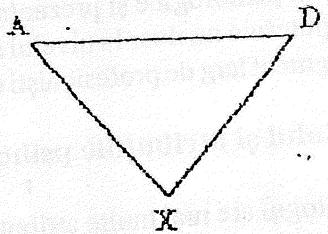

Figura 1. Triunghiul conflictului.

(4) Simptomul apare datorită unui conflict actual care se reduce de fapt la un conflict bazal din prima copilărie.

(5) Eliminarea sau ameliorarea simptomatologiei se face prin eliminarea/rezolvarea conflictului actual, realizată prin rezolvarea conflictului bazal cu ajutorul nevrozei de transfer (conflictul terapeutic). Acest demers este sintetizat în figura 2., unde T reprezintă relația terapeutică în care se manifestă nevroza de transfer (creată intenționat de terapeut), A este cadrul din viața pacientului în care se manifestă conflictul prezent, iar C reprezintă prima copilărie unde se manifestă conflictul bazal; triunghiurile mici din cadrul triunghiului mare reprezintă triunghiul conflictului descris mai sus.

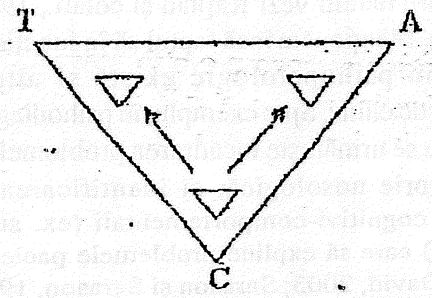

Figura 2. Triunghiul terapeutic

(2) Abordarea umanist-existenţialistă (pentru detalii vezi David, 2003). Abordarea umanist-existenţialistă porneşte de la premisa că patologia psihică şi psihosomatică apare ca urmare a faptului că experienţele negative de viaţă blochează "forţele"/ factorii pozitive/pozitivi care stau la baza personalităţii noastre. Dintre aceşti factori fac parte nevoia de autorealizare, apreciere, securitate, afiliere, sens etc. Şcoli diferite din această abordare au dat pondere mai mare unora din aceşti factori (ex. nevoia de sens-logoterapie; nevoia de autorealizare-terapia centrată pe client etc.). Pentru a debloca aceste forţe pozitive şi implicit pentru a ameliora patologia este nevoie de asigurarea unui context psihoterapeutic caracterizat prin empatie, acceptare necondiţionată şi congruenţă.

(3) Abordarea cognitiv-comportamentală (pentru detalii vezi David, 2003). Abordarea cognitiv-comportamentală consideră problemele psihologice ca fiind răspunsuri dezadaptative învăţate, susţinute de cogniţii disfuncţionale. Pentru a trata eficient problemele psihologice, este necesar să modificăm comportamentele şi cogniţiile dezadaptative prin tehnici specifice de intervenţie cognitiv-comportamentală.

Indiferent de tipul şcolii de psihoterapie, componentele intervenţiei psihoterapeutice sunt aproximativ aceleaşi:

- diagnostic şi evaluare clinică;
- conceptualizare clinică;
- intervenţie psihoterapeutică;
- toate activităţile anterioare se desfăşoară în cadrul unei relaţii de tip terapeutic;
- prevenirea recăderilor, înregistrarea şi urmărirea evoluţiei pacientului.

Toate aceste componente sunt descrise în lucrări clasice de psihoterapie şi psihologie clinică (Bergin şi Garfield, 1994) şi aşadar nu sunt detaliate aici. Unele dintre ele vor fi detaliate pe parcursul acestei lucrări atunci când sunt implicate în analizele făcute.

A doua orientare teoretică în psihopatologie este abordarea biomedicală (pentru detalii vezi Kaplan şi colab., 1997; Sadock şi colab., 2002). Psihiatria în general şi mai ales psihiatria biologică în particular, sunt promotoarele principale ale acestei abordări biomedicale, deşi psihiatria are strânse legături şi cu psihologia şi psihoterapia. Psihiatria, din punct de vedere etimologic, se defineşte ca ştiinţa vindecării/ameliorării tulburărilor psihice (psyche-suflet; iatreia-vindecare). Abordarea biomedicală consideră că tabloul clinic în psihopatologie presupune mecanisme etiopatogenetice predominat somatice; în consecinţă, tratamentele psihiatrice bazate pe modelul biomedical includ tratamentul medicamentos, terapie prin electroşoc şi alte proceduri medicale. O tendinţă importantă în psihiatria biologică contemporană este aceea conform căreia unele tulburări psihice (ex. unele tulburări afective) au un substrat genetic, transmis ereditar.

În ultimii ani asistăm la dezvoltarea şi generalizarea unor tendinţe integrative în domeniul psihopatologiei, în cadrul modelului stres-vulnerabilitate (pentru detalii vezi Kaplan şi

colab., 1997; Sadock și colab., 2002; Sarason și Sarason, 1999). Conform acestui model, factorii psihologici și cei biologici au același statut ontologic ca și factori etiologi în patologie. Ei acționează interdependent în declanșarea tabloului clinic și în consecință tratamentele trebuie să fie complexe, incluzând proceduri medicale și psihologice, ambele proceduri având același statut ontologic. Deși progresiste, aceste tendințe integrative au penetrat deocamdată numai elita psihologică și medicală și aspectele teoretice ale disciplinei, practica curentă neexprimând încă evident acest lucru, promovând un model biomedical ortodox (David, 2003b). Situația este similară cu aceea în care Zeus, Poseidon și Hades după ce l-au învins pe Cronos și au luat puterea, nu hotărât să o împartă în mod egal. Dar "deși cei trei și-au împărțit puterea în mod egal, Zeus a rămas stăpân!"

Capitolul 2
Structura unui studiu de caz

2.1. Diagnostic și evaluare clinică

Diagnosticul (gr. diagnostikos–capacitate de a distinge; de la dia-între; gnosis-cunoaștere) este, din punct de vedere etimologic, o activitate de cunoaștere. Psihodiagnosticul se referă la cunoașterea factorilor psihologici ai subiectului uman, adesea cu relevanță pentru diverse activități. Psihodiagnosticul clinic vizează cunoașterea factorilor psihologici cu relevanță pentru patologie. În cele ce urmează voi prezenta doar modelul prototip al psihodiagnosticului clinic –psihodiagnostic clinic nosologic (gr. nosos-rău, boală) – care se referă la încadrarea/clasificarea problemelor pacientului într-o anumită categorie de tulburare

psihică (pentru detalii vezi Kaplan și colab., 1997; Sadock și colab., 2002). Menționăm însă faptul că în funcție de orientarea teoretică din psihopatologie există și alte modele de psihodiagnostic clinic. Spre exemplu, în psihodiagnosticul clinic funcțional nu se urmărește încadrarea problemelor pacientului într-o categorie nosologică, ci identificarea unor factori psihologici, cognitivi-comportamentali (ex. stimuli; întăriri pozitive etc.) care să explice problemele pacientului (pentru detalii vezi David, 2003; Sarason și Sarason, 1999). Modul în care se realizează (psiho)diagnosticul clinic nosologic face obiectul unor lucrări de referință: (1) DSM-IV (APsyA, 1994); ICD-10 (OMS, 1992); SCID (Structured Clinical Interview for DSM; Interviul Clinic Structurat pentru DSM; Spitzer și colab., 1996). Sugerând cititorului să consulte aceste lucrări pentru detalii, în cele ce urmează desoriem doar succint secvențele parcurse pentru realizarea unui psihodiagnostic clinic nosologic:

- Prin interviul clinic și testarea psihologică se realizează încadrarea problemelor pacientului într-o anumită categorie nosologică (fazele I și II descrise mai jos);
- Prin evaluare clinică (faza III) se particularizează, detaliază și sintetizează datele culese în fazele I și II pentru a înțelege mai bine dinamica fiecărui individ, dincolo de categoria nosologică în care au fost încadrate problemele sale. De asemenea, aici se descompune diagnosticul nosologic în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient. Așadar secvența care este urmată presupune: analiză (clarificarea semnelor și simptomelor) > sinteză (stabilirea categoriei nosologice) > analiză (descompunerea diagnosticului nosologic în probleme concrete de viață).

Faza I. Interviul începe cu o discuție despre situații care îl pun pe pacient într-o poziție confortabilă, de încredere și siguranță. Aceasta duce la dezanxietizarea lui și la posibilitatea de a intra mai ușor în comunicare cu clinicianul. De asemenea,

în această fază se înregistrează numele şi prenumele pacientului; vârsta, cetăţenia, naţionalitatea şi domiciliul, date furnizate de pacient sau aparţinători - în cazul unor tulburări grave sau a copiilor. Se notează şi motivul trimiterii. Spre exemplu, în cazul unui student la fizică, am început interviul cu discuţii despre premiile luate, proiectele pe care le are, bursele în străinătate primite. Dacă terapeutul dovedeşte cunoştinţe în domeniul de interes al pacientului, aceasta poate contribui la dezvoltarea pozitivă şi mai rapidă a relaţiei terapeutice. Nu înseamnă că trebuie să fim enciclopedii. Aceasta înseamnă doar că o eventuală pregătire anterioară - în cazul în care ştim cu cine vom discuta - s-ar putea să fie utilă pentru a stabili un raport/relaţie clinică eficientă. Apoi, treptat, se virează spre obiectul terapiei, menţinând un limbaj de interfaţă cu caracteristici diferite de la pacient la pacient: "Bun, hai acum să ne întoarcem puţin la problemele noastre. Întâi am să te rog să-mi spui ce te deranjează (supără) apoi am să te întreb cum a început. Deci, ce probleme (necazuri) sunt, ce te supără (deranjează)?" În continuare, interviul trebuie să vizeze:

- descrierea clară a simptomatologiei;
- debutul şi evoluţia acesteia: "de când au început?; de când ai observat aceste modificări?; înainte de Crăciun ?" (în cazul în care pacientul are dificultăţi în a-şi reaminti debutul, este ajutat cu amorse: Crăciun, ziua de naştere etc.);
- alte boli somatice sau psihice, internări anterioare;
- condiţii social-economice şi informaţii familiale, situaţii stresante.

La sfârşitul acestei faze, facem un diagnostic nosologic ipotetic şi identificăm anumiţi factori ipotetici declanşatori, determinanţi, favorizanţi, predispozanţi şi de menţinere a simptomatologiei.

Exemplu. Tulburare de adaptare cu dispoziţie depresivă (categorie nosologică), factori declanşatori (moartea mamei),

factori predispozanţi (personalitate dependentă), factori favorizanţi (problemele financiare), factori de menţinere (condiţiile economice - trăieşte din banii de la rude).

Faza II. În faza a doua a interviului urmează o investigare detaliată a comportamentului şi funcţiilor psihice. Investigarea prin interviu trebuie să fie dublată de o investigare obiectivă prin teste psihologice acolo unde acest lucru este posibil. Un exemplu schematizat de aspecte care trebuie urmărite în cursul interviului şi testele psihologice aferente utilizate cel mai des, este prezentat în tabelul 2 (pentru un model detaliat vezi SCID; Spitzer şi colab., 1996). La sfârşitul acestei faze, diagnosticul nosologic prezumtiv se clarifică.

Faza III. În faza a treia, în cadrul evaluării clinice, se poate trece la o investigaţie idiografică care vizează surprinderea structurii şi dinamicii individuale ale pacientului şi care oferă informaţii suplimentare celor obţinute în primele două faze (care au contribuit la un diagnosticul nosologic) prin reliefarea modului în care categoria nosologică se particularizează în cazul pacientului de faţă. Aici se are în vedere evaluarea psihologică detaliată a stării prezente a pacientului şi a modului în care se adaptează la situaţiile concrete, a problematicii comportamentelor simptomatice, a situaţiei somatice detaliate a pacientului, a dinamicii şi structurii personalităţii, a comportamentului interpersonal, a principiilor morale şi atitudinilor sociale, a funcţiilor şi identităţii eului, a mecanismelor defensive şi de coping precum şi a conflictelor şi dinamicii lor, a identităţii şi imaginii de sine, a inteligenţei, a abilităţilor, a competenţei, a determinanţilor sociali şi situaţiilor curente de viaţă, a problemelor de ecologie socială şi familială, a controlului şi autocontrolului comportamentului şi emoţiilor etc.

La sfârşitul diagnosticării şi evaluării clinice avem aflat o categorie nosologică de diagnostic cât şi particularizarea acesteia prin surprinderea (1) dinamicii individuale a tulburării în cazul

pacientului şi a (2) modului în care categoria nosologică se exprimă în probleme concrete de viaţă pentru fiecare pacient

Tabelul 2. Un model schematic de investigare a comportamentului şi a funcţiilor psihice

Componenta psihică investigată	Interviu	Test psihologic
Comportament	Observarea mimicii, gesticii, interacţiunii sociale, posturii şi comportamentului motor. Un aspect general neîngrijit, murdar, ne poate sugera existenţa unor tulburări precum alcoolism, schizofrenie, depresie, demenţă sau dependenţă de drog. Un aspect general caracterizat printr-o vestimentaţie extentrică, neasortată şi machiaj ţipător, ne poate sugera o tulburare afectivă cu tablou maniacal. Nerespectarea uzanţelor sociale sugerează o tulburare de tip demenţă sau schizofrenie.	
Orientarea	Unde vă aflaţi? Ce zi este astăzi? În ce an suntem?	
Factorul perceptiv	Multor oameni când sunt stresaţi li se întâmplă să vadă lucruri care nu există. Vi s-a întâmplat vreodată ceva?	Bender-Santucci, Benton etc.
Memorie	Am să vă spun 10 cifre. Vă rog să încercaţi să le memoraţi deoarece apoi vi se va cere să vi le amintiţi.	Barbizet-Truscelli, Testul figurilor complexe A. Rey, Proba de memorie A. Rey, W.A.I.S. (proba de memorie)

Atenţie		Proba Toulouse-Pieron, proba Praga etc.
Gândire şi inteligenţă	Cum îşi motivează comportamentele şi simptomele? În cazul unui delir, novicii au tendinţa de a intra în detaliile delirului, stimulându-l de fapt prin întrebările puse. Nu este importantă o analiză mai detaliată decât aceea care sugerează schema de tratament (ex. analiza necesară clasificării delirului şi identificării structurii sale generale: delir de persecuţie, erotic etc.).	Matrici Progresive Standard, W.A.I.S., Proba lui Piaget, Proba de diagnostic formativ, Scala de cogniţii dezadaptative şi iraţionale
Obsesii	Există gânduri care vă vin în minte chiar dacă nu doriţi acest lucru?	
Compulsii	Simţiţi uneori că trebuie, neapărat să faceţi anumite lucruri?	
Dispoziţie	Cum vă simţiţi în general? În ce stare de spirit vă aflaţi acum?	STAI, POMS, Chestionarele de depresie Beck etc.
Depersonalizare Derealizare	Ai simţit că unele lucruri sunt ireale? Ai simţit că parcă tu nu mai eşti tu însuţi?	
Conştiinţa bolii	(a) Cum credeţi că vă văd ceilalţi? Ce credeţi că gândesc ei despre dumneavoastră? (b) Vă consideraţi o persoană sănătoasă, fără probleme? (c) Ce probleme credeţi că aveţi? (d) Consideraţi necesar tratamentul pentru problemele dumneavoastră?	
Personalitate		MMPI, MCMI etc.

genera simptomatologia. Spre exemplu, dacă modificările benigne ale ritmului cardiac ca urmare a unui efort fizic sunt adesea interpretate ca semne ale unui iminent stop cardiac sau ale unei boli severe, treptat unii dintre noi putem dezvolta atac de panică sau nevroză cardiacă. Caracteristicile esențiale ale unei conceptualizări clinice eficiente sunt:

- să fie acceptată de pacient;
- să ne ajute să conceptualizăm teoretic problemele pacientului, transformând incomprehensibilul în comprehensibil (atât pentru pacient cât și pentru psihopatolog). Acest lucru este similar cu principiul lui Rumpelstiltskin, descris de noi în introducerea acestui volum. Așadar, dacă reușim să numim simptomatologia pacientului, să o încadrăm teoretic, ea devine mai comprehensibilă și își pierde o parte din "forța malefică";
- să sugereze existența unor tehnici de intervenție eficiente în reducerea simptomatologiei.

Deci, așa cum se observă, conceptualizarea clinică nu este important să fie adevărată pentru a fi utilă. Pacientul are nevoie de o conceptualizare care să-i explice simptomele și să-i sugereze o schemă de tratament, nu de un adevăr științific; în aceste condiții, conceptualizarea clinică este un mit. În mitologie, mitul este definit ca o narațiune tradițională emanată de o societate primitivă imaginându-și explicarea concretă a fenomenelor și evenimentelor enigmatice cu caracter fie spațial, fie temporal, care s-au întâmplat în existența psiho-fizică a omului, în natura ambiantă și în universul vizibil ori nevăzut; aceste evenimente sunt în legătură cu destinul condiției cosmice umane, dar omul le atribuie obârșii supranaturale datând din vremea creației primordiale și, ca atare, le consideră sacre și relevate strămoșilor arhetipali ai omenirii, de ființe supranaturale în clipele de grație ale începuturilor (Kernbach, 1978). Adaptând această definiție în psihopatologie, mitul clinic/terapeutic este o conceptualizare clinică despre care nu știm dacă este adevărată sau nu. Când

(ex. se face o listă cu probleme concrete de viață). În funcție de pacient și de obiectivele terapeutului (câtă informație consideră terapeutul relevantă pentru tratament), etapa de diagnostic și evaluare clinică se poate întinde între 1-2 ședințe.

Sumarizând, etapa de diagnostic și evaluare clinică presupune următoarele componente principale:

- Identificarea semnelor și simptomelor;
- Istoricul tulburării;
- Istoria personală, socială și medicală a cazului;
- Statutul mental;
- Formularea diagnosticului nosologic (DSM) și concluziilor evaluării clinice.

2.2. Conceptualizarea clinică

Conceptualizarea (explicarea, interpretarea) făcută tabloului clinic al pacientului este fundamentală în reducerea simptomatologiei (pentru detalii vezi Frank, 1973). Pe lângă o conceptualizare generală, focalizată pe categoria nosologică în care se încadrează tabloul clinic al pacientului, pe parcursul tratamentului se fac conceptualizări specifice pentru problemele de viață specifice prin care se exprimă diagnosticul nosologic. Deși conceptualizările generale și specifice se fac în funcție de angajamentul teoretic al psihopatologului (pentru detalii vezi David, 2003; Sarason și Sarason, 1999), se pot evidenția anumite trăsături comune ale acestora dincolo de acest angajament.

Astfel, o lipsă a unei conceptualizări clinice sau o conceptualizare clinică inadecvată, negativă, poate amplifica sau genera simptomatologia. Spre exemplu, dacă modificările benigne ale ritmului cardiac ca urmare a unui efort fizic sunt adesea interpretate ca semne ale unui iminent stop cardiac sau ale unei boli severe, treptat unii dintre noi putem dezvolta atac

de panică sau nevroză cardiacă. Caracteristicile esențiale ale unei conceptualizări clinice eficiente sunt:

- să fie acceptată de pacient;
- să ne ajute să conceptualizăm teoretic problemele pacientului, transformând incomprehensibilul în comprehensibil (atât pentru pacient cât și pentru psihopatolog). Acest lucru este similar cu principiul lui Rumpelstiltskin, descris de noi în introducerea acestui volum. Așadar, dacă reușim să numim simptomatologia pacientului, să o încadrăm teoretic, ea devine mai comprehensibilă și își pierde o parte din "forța malefică";
- să sugereze existența unor tehnici de intervenție eficiente în reducerea simptomatologiei.

Deci, așa cum se observă, conceptualizarea clinică nu este important să fie adevărată pentru a fi utilă. Pacientul are nevoie de o conceptualizare care să-i explice simptomele și să-i sugereze o schemă de tratament, nu de un adevăr științific; în aceste condiții, conceptualizarea clinică este un mit. În mitologie, mitul este definit ca o narațiune tradițională emanată de o societate primitivă imaginându-și explicarea concretă a fenomenelor și evenimentelor enigmatice cu caracter fie spațial, fie temporal, care s-au întâmplat în existența psiho-fizică a omului, în natura ambiantă și în universul vizibil ori nevăzut; aceste evenimente sunt în legătură cu destinul condiției cosmice umane, dar omul le atribuie obârșii supranaturale datând din vremea creației primordiale și, ca atare, le consideră sacre și relevate strămoșilor arhetipali ai omenirii, de ființe supranaturale în clipele de grație ale începuturilor (Kernbach, 1978). Adaptând această definiție în psihopatologie, mitul clinic/terapeutic este o conceptualizare clinică despre care nu știm dacă este adevărată sau nu. Când conceptualizarea clinică se dovedește a fi adevărată – se bazează pe teorii validate științific – atunci conceptualizarea clinică dobândește calitatea de explicație clinică/terapeutică. Dacă nu reușim să îl facem pe pacient să accepte ca și

conceptualizări clinice adevărul științific, nu este o tragedie. Putem construi un mit clinic care să îndeplinească funcția de conceptualizare clinică (ex.: vezi impactul explicației religioase, psihanalitice etc.). Deci, contrar a ceea ce credea la început Sigmund Freud, nu adevărul îl eliberează pe bolnavul psihic ci ceea ce bolnavul consideră a fi adevăr (mitul).

Această teză "conceptualizarea clinică nu trebuie să fie adevărată pentru a fi utilă în psihoterapie", deși greu de înțeles și de acceptat pentru unii practicieni și cercetători, este o realitate care a primit un enorm suport experimental (pentru detalii vezi Frank, 1973; Kirsch; 1990). Există mai multe tipuri de conceptualizări psihoterapeutice: nosologice, funcționaliste, dinamic-psihanalitice, umanist-existențiale, tipuri corespunzând orientărilor principale în psihopatologie (vezi David, 2003 pentru detalii). Un tip integrativ de conceptualizare clinică generală, prezentată succint în continuare (pentru detalii vezi David, 2000; David și colab., 2000), consideră că subiectul uman trebuie analizat la 4 niveluri diferite, interacțiunea dintre acestea putând produce și explica tulburările psihice, somatice și psihosomatice, precum și starea de sănătate.

(1) Nivelul biologic se referă la toate modificările care au loc în organismul nostru sub aspect fiziologic și anatomic. Modificările fizice induse de sistemului nervos vegetativ generează intensitatea stării noastre emoționale/subiective.

(2) Nivelul comportamental se referă la ceea ce în psihologie este denumit comportament operant. Comportamentul operant este reprezentat în special de comportamentele motorii învățate, aflate sub control voluntar.

(3) Nivelul cognitiv se referă la procesările informaționale și la conținutul acestora. Există două tipuri de procesări informaționale: conștiente și inconștiente. Procesările informaționale conștiente se referă la exprimarea lingvistică (în termeni specifici sau în termeni generali (prezența vs. absența

sumului sau conținutului informațional)] a conținutului mental și a procesărilor informaționale. Procesările informaționale inconștiente se referă la faptul că nu putem exprima lingvistic conținutul mental și procesările informaționale. Prelucrările informaționale determină calitatea trăirilor noastre emoționale/subiective în condițiile unei activări fiziologice reduse sau medii. Dacă activarea fiziologică este foarte mare, atunci indiferent de tipul cognițiilor, trăirile emoționale sunt adesea negative.

(4) Nivelul subiectiv se referă la ceea ce simte subiectul uman. El este operaționalizat prin descrierile pe care subiectul le face propriei stări psihice și emoționale: pozitivă, negativă sau neutră. Așadar, acesta este operaționalizat prin etichetele verbale ale stării emoționale (ex: "mă simt anxios/dezamăgit/rușinat" etc.).

Componentele principale ale conceptualizării clinice integrative și modul lor de organizare sunt prezentate în figura 3.

Așa cum arată figura 3, odată generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice [agenți etiologici (declanșatori, favorizanți, determinanți, predispozanți, de menținere) și modificări patogenetice (reacții ale organismului la agenții

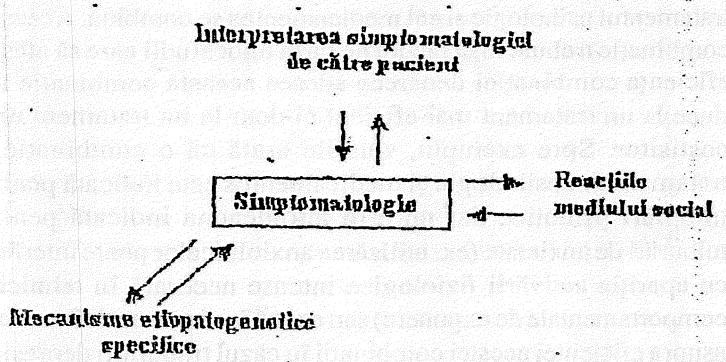

Figura 3. Mecanisme implicate în conceptualizarea clinică

etiologici)], simptomatologia este menținută și amplificată prin intervenția unor factori nespecifici, extrem de complecși și greu de controlat. Pentru detalii privind mecanismele etiopatogenetice specifice implicate în diverse tulburări psihice pot fi consultate lucrările de specialitate (Sarason și Sarason, 1999). În ceea ce privește mecanismele etiopatogenetice nespecifice (*interpretarea* simptomatologiei de către pacient și reacțiile mediului social), ele pot menține sau amplifica simptomatologia odată generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice. Astfel, dacă subiectul își *interpretează* simptomatologia într-un mod negativ și dezastruos (vezi fig. 3), aceasta duce prin intermediul stresului și anxietății generate de această *interpretare* la amplificarea simptomatologiei. Spre exemplu, dacă un pacient își interpretează simptomele ca fiind incontrolabile, de nerezolvat, ca expresii ale unei boli ascunse și incurabile, ca de neînțeles, ca sfârșitul lui ca persoană normală (este nebun), deci și sfârșitul carierei, familiei etc., aceasta generează stres și anxietate prin mecanismul discrepanței cognitive (ex.: "nu doresc să fiu considerat nebun, dar uite că sunt"; "vreau să înțeleg ce se întâmplă dar nu pot" etc.). Stresul și anxietatea astfel generate pot amplifica simptomatologia care în unele cazuri, dacă nu ar fi fost prelucrată de subiect în mod exagerat negativ, nu ar fi fost prea intensă sau remarcată, dispărând odată cu trecerea timpului (ex.: modificări în ritmul cardiac ca urmare a unui efort deosebit în cursul zilei). Un al doilea factor etiopatogenetic nespecific extrem de important, care influențează simptomatologia prin mecanismul discrepanței descris mai sus, este reprezentat de *reacțiile mediului social* la simptomatologie sau la performanțele scăzute ale pacientului, determinate de prezența tabloului clinic. Spre exemplu, ca urmare a unor simptome (ex. amnezie, leșin, anxietate etc.) grupul de prieteni și cunoscuți începe să evite pacientul, nu îl mai antrenează în activități comune etc. În consecință, prin mecanismul

discrepanței cognitive (ex.: "vreau să fiu cu ei dar nu pot, nu mă acceptă", "vreau să reușesc în ceea ce fac dar nu fac față sarcinilor" etc.), stresul și anxietatea astfel generate amplifică simptomatologia. Același lucru se întâmplă în cazul în care performanțele se reduc ca urmare a simptomelor. Spre exemplu, în cazul unor simptome nevrotice, capacitatea de concentrare a pacientului se reduce drastic. În consecință, performanțele sale (ex. la serviciu) se reduc, antrenând critici și observații din partea celorlalți (ex. din partea șefului). Aceste noi conflicte amplifică de fapt și mențin simptomatologia deja existentă, putând adăuga chiar elemente noi.

2.3. Planul de tratament și descrierea intervenției

Tratamentul utilizat este strâns legat de conceptualizarea clinică și vizează modificarea elementelor patogenetice sau de sanogeneză. Trebuie făcută o distincție clară între tehnici terapeutice și finaluri terapeutice (pentru detalii vezi David, 2003; Frank, 1973). Vorbim de tehnici terapeutice atunci când procedurile de intervenție sunt strâns legate de mecanismele etiopatogenetice specifice și nespecifice cuprinse în conceptualizarea clinică a tulburării pacientului; această funcție se întărește atunci când conceptualizarea clinică este și explicativă. Vorbim de ritual terapeutic atunci când tehnicile de intervenție sunt strâns legate de un mit terapeutic sau vizează mecanisme de tip placebo (pacientul crede că tratamentul este specific pentru tulburarea de care suferă, deși tratamentul nu este legat de tulburarea pacientului). În cazul unui tratament psihoterapeutic, adesea se regăsesc următoarele componente:

- *Lista de probleme*, diagnosticul nosologic este particularizat în probleme de viață. Altfel spus, ne interesează modul în care categoriile nosologice se manifestă în probleme de viață pentru fiecare pacient, știut fiind faptul că același diagnostic nosologic se poate manifesta diferit la pacienți diferiți.

- *Scopurile*. Scopurile stabilite trebuie să fie clare și precise, eventual organizate pe termen scurt, mediu și lung.
- *Planul de tratament și procedurile utilizate*. Ele sunt strâns legate de conceptualizarea clinică și sunt proprii fiecărei modalități terapeutice, deși adesea asistăm în practică la un eclectism metodologic.
- *Obstacole scontate*. Ele trebuiesc clarificate de la început și planul de tratament trebuie astfel conceput încât să nu fie afectat de aceste obstacole.
- *Rezultate obținute*. Se înregistrează rezultatele obținute și se urmărește evoluția pacientului în timpul terapiei.

În cazul unui tratament medicamentos pentru tulburări psihice, secvențele sunt asemănătoare (Kaplan și colab., 1997; Sadock și colab., 2002), excepțându-se uneori stabilirea unei liste de probleme deoarece tratamentul medicamentos este focalizat pe categoria nosologică. Trebuie menționat însă faptul că adesea tratamentul medicamentos este însoțit de terapie suportivă unde se discută aspecte psihologice și probleme specifice asociate tratamentului medicamentos. Pentru multe tulburări tratamentul psihologic și cel medicamentos se combină. Această combinație trebuie însă făcută pe baza unor studii care să ateste eficiența combinației deoarece adesea această combinație nu duce la un tratament mai eficient ci doar la un tratament mai costisitor. Spre exemplu, studiile arată că o combinație a tratamentului psihologic și medicamentos este indicată pentru tulburări psihotice dar nu este întotdeauna indicată pentru tulburări de anxietate (ex. utilizarea anxioliticelor poate interfera cu apariția activării fiziologice intense necesară în tehnicile comportamentale de expunere) sau există încă semne de întrebare asupra eficienței acestei combinații în cazul tulburării depresive majore (Antonuccio și colab., 1995; Kaplan și colab., 1994; 1997).

2.4. Concluzii și urmărirea evoluției pacientului

Această secțiune a analizei de caz include concluziile asupra cazului și evoluției acestuia în timpul tratamentului și prezentarea planului de urmărire a evoluției pacientului după încheierea tratamentului, la diferite perioade de timp după terapie, pentru a preveni recăderile (pentru detalii vezi David, 2003; Sarason și Sarason, 1999).

În cadrul acestei etape un element important este înregistrarea și evaluarea rezultatelor obținute. Înregistrarea și evaluarea rezultatelor în această etapă se fac prin două modalități:

- subiectiv (declarațiile pacientului);
- obiectiv (înregistrarea datelor comportamentale sau frecvenței simptomelor pe parcursul terapiei utilizând un instrumentar psihologic riguros).

Evaluarea rezultatelor intervenției este importantă din mai multe motive:

– În primul rând, ea oferă un feedback pozitiv terapeutului și pacientului referitor la intervenția terapeutică (este ea eficace?; putem întrerupe tratamentul? dacă nu este eficace, ce trebuie schimbat? etc.).

– În al doilea rând, evaluarea este necesară activităților administrative din cadrul în care terapeutul își desfășoară activitatea (ex. statistica intervențiilor, a reușitelor și eșecurilor într-o anumită perioadă de timp în cadrul unui spital).

– În al treilea rând, datele culese pot face obiectul unor analize științifice și a publicării. Pentru detalii vezi experimentul cu un singur subiect (Catania și Brigham, 1978; David, 1999).

2.5. Un exemplu de studiu de caz. Cazul Dana

2.5.1. Istoricul cazului

Dana are 28 de ani, este medic, are un copil, locuiește cu soțul său și în ultimii trei ani a lucrat ca rezident într-o secție de medicină internă.

A. Acuzele principale

Dana a primit tratamentul psihologic pentru atacuri de panică și anxietate generalizată prezentat în acest studiu de caz în perioada dintre sfârșitul anului 1999 și începutul anului 2000 (18 ședințe). Cu două luni înainte de începerea tratamentului, aceasta avusese deja trei atacuri de panică și se temea de probabilitatea de a mai face un altul. De asemenea, aceasta menționa: "De prin 1991, m-am simțit agitată și extrem de anxioasă în legătură cu viața mea (ex. "viitoarea mea profesie de medic"), relațiile interpersonale (ex. "cu colegii și cu soțul") și cele mai importante activități ale mele (ex. "rezultatele școlare, doctoratul") deși, sincer vorbind, sunt mult mai îngrijorată de recentele atacuri de panică".

B. Istoricul tulburării prezente

În 1991, Dana s-a mutat într-un alt oraș, departe de părinții ei supraprotectivi, pentru a studia medicina la o universitate de prestigiu. De atunci a început să se simtă neajutorată și să aibă atacuri de anxietate și "îngrijorare în legătură cu orice" (simptome emoționale). Aceste trăiri emoționale se asociau adesea cu tensiune musculară, senzație de slăbiciune, oboseală și tulburări de somn (simptome fiziologice). Întrucât simțea că îi este greu să controleze aceste manifestări fiziologice, ea a început să evite activitățile care presupuneau efort fizic (simptome comportamentale). De multe ori se gândea că toate aceste simptome vor arăta că valoarea sa ca persoană competentă este scăzută (simptome cognitive); în consecință, se simțea deseori neajutorată și avea o stimă de sine scăzută. Întâi medicul său de

familie și apoi un psihiatru i-au prescris Buspar (Buspirona) (în 1993). După ce a urmat prescripțiile medicale timp de câteva luni, Dana a întrerupt tratamentul medicamentos întrucât simptomatologia se ameliorase mult mai puțin decât se așteptase ea. Primul atac de panică a survenit în timp ce își pregătea examenul de doctorat, aproximativ la două luni înainte de prima noastră întâlnire (în 1999). Aproximativ o lună mai târziu, a avut un al doilea atac de panică, în timp ce făcea curățenie în apartamentul său. Cel de-al treilea atac de panică a survenit cu o săptămână înainte de prima noastră întâlnire, în timp ce se afla singură acasă, pregătind o lucrare pentru un congres științific de medicină internă. Simptomele de panică au inclus următoarele: simptome emoționale – teamă intensă de a nu-și pierde controlul, neajutorare și disconfort; simptome cognitive - convingerea că va muri, că are probleme cu inima și că va leșina și va cădea; simptome comportamentale - evitarea efortului fizic și căutarea unor locuri în care să fie în siguranță în caz că leșină; simptome fiziologice -palpitații, tremurături și dureri precordiale. Din cauza acestor simptome de atac de panică, Dana a consultat un psihiatru (după primul atac de panică) care i-a prescris Xanax, cu aproximativ două luni înainte de prima noastră întâlnire.

Stresorii majori din viața Danei erau în principal psihosociali. Dana a fost un copil supraprotejat de către părinții săi. Depărtarea de casă și de protecția acestora pe perioada facultății a constituit stresorul principal, care ar fi putut precipita instalarea anxietății generalizate (1991). Mai mult, înainte de căsătorie (care a avut loc în 1998), Dana a sperat că viitorul său soț se va dovedi de un real ajutor în viața sa; credea că acesta ar putea-o ajuta să își depășească anxietatea și "îngrijorarea în legătură cu orice". Din nefericire, soțul Danei avea o profesie care presupunea extrem de multă muncă. Acesta era asistent universitar și cercetător, astfel încât se întâmpla frecvent să

lucreze până seara târziu și în weekend, implicându-se destul de puțin în întreținerea familiei și educația copilului (nașterea fiului său a constituit pentru Dana un alt motiv de stres și ocazie de îngrijorare: "Fiind atât de ocupată, cum voi putea oare să îmi fac suficient timp pentru fiul meu?"). Ca urmare, Dana s-a simțit copleșită de viața sa ca soție, mamă, medic și student, împărțită între slujba sa de medic cu normă întreagă, asigurarea curățeniei apartamentului, gătirea meselor; educarea copilului și pregătirea examenelor de doctorat. Acestea au fost împrejurările în care a avut loc primul său atac de panică (1999).

C. Istoric personal și social

Dana a fost singurul copil la părinți. Aceasta își descrie tatăl ca fiind foarte rigid, autoritar și preocupat de viitorul fiicei sale. Ea susține că, datorită atitudinii autoritare a tatălui său, i-a fost mereu teamă să discute cu el sau să îi ceară ceva (acest lucru este valabil chiar și acum, când a devenit adult). Pe mama sa, o descrie ca fiind o persoană caldă și preocupată de educația și de viitorul fiicei sale. Dana își amintește că, în timp ce era la grădiniță și apoi în școala primară și gimnaziu era supraprotejată de către părinții săi, ceea ce nu i-a plăcut deloc. De exemplu, aceștia o duceau la școală în fiecare dimineață, după care, după-masa, veneau și o luau acasă. Astfel, ea nu reușea să își facă prieteni sau să intre în grupul colegilor săi. În acest context, ea se descria ca fiind o fetiță (și acum o femeie) cu abilități sociale limitate și puțin asertivă atât acasă, cât și în alte situații sociale. În perioada liceului, și-a început pregătirea pentru admiterea la Facultatea de Medicină. Ambii părinți își doreau mult ca ea să devină medic. Aceștia i-au permis să aibă un prieten (deși relația dintre ei nu a fost prea intensă), cu toate că tinerilor li se permitea să se întâlnească doar acasă la Dana sau să iasă împreună doar câteva ore după-masa. După admiterea la facultate (1991), Dana a trebuit să se mute într-un alt oraș. În timpul anului I (ea avea 18 ani), părinții ei obișnuiau să o viziteze în mod regulat. Aceștia

nu i-au permis să locuiască într-un cămin studenţesc şi i-au închiriat un apartament pentru a putea să înveţe în linişte. În timpul primului an de facultate a început să experienţieze puternic simptomele anxietăţii generalizate şi unele simptome de depresie subclinică. Se simţea singură, neajutorată şi începuse să se îngrijoreze de orice (însă nu şi de faptul că fusese separată de părinţii ei – acesta este unul dintre motivele pentru care am respins un posibil diagnostic de anxietate de separare!). În cel de-al doilea an de facultate (1993) a solicitat un consult la un medic generalist şi la un psihiatru, care i-au prescris Buspar (Buspirona). După câteva luni, Dana a renunţat la tratament deoarece simptomele de anxietate generalizată persistau în ciuda medicaţiei. Chiar şi în condiţiile prezenţei simptomatologiei, a absolvit cu succes Facultatea de Medicină în 1997, devenind medic rezident în specialitatea medicină internă în următorul an. În aceeaşi perioadă l-a cunoscut şi pe viitorul său soţ, pe care îl descrie ca pe un bărbat inteligent, puternic şi matur, cu 15 ani mai în vârstă decât ea. Cei doi s-au plăcut şi apoi s-au căsătorit în 1998. În prezent, ei locuiesc în oraşul în care ea a absolvit facultatea. După un an de căsătorie, se naşte fiul lor. Tot în 1998, Dana îşi începe studiile doctorale în medicină. Pe parcursul celui de-al doilea an de căsnicie (1999), aceasta experienţiază primul atac de panică. Eu (DD) am cunoscut-o în 1999, după ce avusese deja trei astfel de atacuri. În paralel cu intervenţia psihoterapeutică, Dana a urmat un tratament medicamentos (XANAX) prescris de medicul psihiatru.

D. Istoric medical

Dana nu avea nici un fel de probleme medicale care să îi influenţeze funcţionarea psihică, problemele psihice curente sau procesul de tratament.

E. Status mental

Pacienta era bine orientată tempo-spaţial, cu o dispoziţie anxioasă.

F. Diagnostic DSM IV (a confirmat diagnosticele anterioare)

Axa 1 (tulburări clinice): Tulburare de atac de panică, fără agorafobie şi tulburare de anxietate generalizată (depresie subclinică - pacienta prezintă unele simptome de depresie, însă nu sunt îndeplinite toate criteriile pentru nici una dintre tulburările depresive);

Axa 2 (tulburări de personalitate): Nimic semnificativ clinic. Pacienta prezintă unele caracteristici de personalitate dependentă. Totuşi, în urma unei analize atente, comportamentele dependente par a fi legate de tulburările de anxietate, iar celelalte caracteristici ale personalităţii dependente nu îndeplinesc toate criteriile pentru un diagnostic separat de tulburare de personalitate de tip dependent;

Axa 3 (boli somatice sau alte condiţii medicale): Nimic semnificativ;

Axa 4 (stresori psihosociali): Suport social inadecvat, copleşită de împrejurările vieţii sale (ex. probleme la domiciliu, condiţii de muncă solicitante, cerinţe educaţionale);

Axa 5 (indicele general de funcţionare - GAF): GAF 60 (curent - 1999). Cel mai ridicat indice pe parcursul ultimului an a fost de 70.

2.5.2. Conceptualizarea cazului; O abordare din perspectiva terapiei cognitive

A. Factori etiologici

Probabil că separarea Danei de părinţii săi supraprotectivi (factori declanşatori), lipsa de abilităţi sociale şi lipsa asertivităţii (factori predispozanţi), precum şi integrarea ei într-un context cu totul nou - factori favorizanţi - (ex. un nou oraş, alţi colegi, cerinţe diferite) au precipitat şi apoi menţinut anxietatea generalizată şi simptomele de depresie subclinică. Este posibil ca tulburarea de atac de panică să fi fost precipitată de lipsă de

suport din partea soțului ei și de faptul că se simțea copleșită de sarcinile asumate (factori declanșatori). Dana se așteptase la suport emoțional din partea soțului său; în schimb ea simțea că după căsătorie a avut și mai multe obligații decât înainte, astfel încât acestea au sfârșit prin a o copleși. Acest moment coincide cu declanșarea primului atac de panică.

B. Evaluarea cogniților și comportamentelor actuale

O situație problematică tipică pentru Dana a fost cea legată de primul său atac de panică. În timp ce își pregătea examenul de doctorat în camera sa, a avut un gând automat de genul: "Nu voi reuși să mă pregătesc cum trebuie în următoarele zile deoarece nu mă ajută nimeni cu celelalte sarcini și nu pot să obțin mai mult timp pentru a-mi pregăti examenul". Din punct de vedere emoțional, s-a simțit foarte anxioasă, s-a oprit din citit și s-a ridicat din fotoliu. Apoi a simțit că nu mai poate respira, are dureri precordiale, palpitații și tremor incontrolabil. În acel moment, a avut un alt gând automat/interpretare catastrofală: "Sunt bolnavă și s-ar putea să am un atac de cord!". Simptomele anterioare s-au intensificat (panică despre panică - emoție secundară), iar lumea/camera i s-a părut ciudată și ireală. Emoțional, a experiențiat sentimente de teamă și disconfort puternic. A ieșit din cameră și a încercat să ajungă la baie pentru a se spăla pe față cu apă rece. *O a doua situație tipică* se referă la cel de-al doilea atac de panică. În timp ce Dana făcea curățenie în apartament a observat că are palpitații. Gândul său automat/ interpretarea catastrofală a fost: "Nu din nou! Voi muri și nimeni nu va mai avea grijă de fiul meu". În minutele următoare, acesteia i s-a declanșat un nou atac de panică, cu palpitații, dureri precordiale și tremor. A încercat să ajungă la un fotoliu (în caz că leșină) și la telefon pentru a-i telefona soțului său (dar nu l-a mai sunat). *O a treia situație* a apărut în timp ce își pregătea lucrarea pentru un congres științific de medicină internă. Atunci s-a gândit: "Nu am suficient timp pentru a face o lucrare bună.

Nimeni nu mă ajută ca să am mai mult timp". A simțit că are palpitații și, aproape imediat, i-a venit un gând o interpretare catastrofală: "Vai de mine, sunt cu adevărat bolnavă. Voi leșina și voi cădea". În câteva minute, a experiențiat un al treilea atac de panică, însă de data aceasta teama de a nu-și pierde controlul și de a nu înnebuni au fost mai puternice. A ieșit din cameră și a mers în sufragerie pentru a fi mai aproape de telefon și s-a așezat într-un fotoliu, începând să se relaxeze. În ciuda asigurărilor repetate, date de medicul generalist, că nu este nimic în neregulă cu sănătatea sa, Dana a continuat să pună atacurile sale de panică și stările de anxietate pe seama unei boli somatice nediagnosticate. Astfel încât, deși s-a dovedit a fi deschisă la ideea urmării unui tratament psihoterapeutic, nu a fost în fel de receptivă la o conceptualizare psihologică a problemelor sale.

C. Evaluarea longitudinală a cogniților și comportamentelor

Dana a crescut într-o familie cu părinți extrem de protectivi. Sarcina ei era să învețe bine, în timp ce părinții îi asigurau toate cele necesare. Așadar, avea suficient timp la dispoziție pentru a-și organiza activitățile școlare. În consecință, Dana era o elevă foarte bună. În legătură cu experiențele ei de viață, s-au dezvoltat trei credințe centrale. *Prima credință centrală* (schemă cognitivă) se referă la competență: "a face totul la standarde înalte". Această credință este frecvent evaluată: "Trebuie să fac totul la standarde înalte, altfel sunt incapabilă, detestabilă și slabă". *Cea de-a doua credință centrală* se referă la responsabilitate și control: "Dacă ceilalți nu mă ajută; atunci nu mă pot concentra și nu pot să dețin controlul și să reușesc în situațiile importante din viața mea". Această cogniție este, în continuare, evaluată: "Persoanele apropiate mie trebuie să mă ajute să controlez situația, pentru ca să mă pot concentra și să îmi ating obiectivele importante. Dacă nu mă ajută, este groaznic și nu pot suporta așa ceva". *Cea de-a treia credință centrală* se referă la confort și control și pare a fi

implicată în apariţia emoţiilor secundare (adică, panică despre panică): "Dacă sunt neajutorată şi nu mă pot controla, atunci şi eu şi ceilalţi vom avea de suferit". Această cogniţie este apoi evaluată negativ: "Trebuie să deţin controlul, altfel este groaznic şi insuportabil".

D. Aspecte pozitive şi puncte tari ale pacientului

Dana este o persoană inteligentă, cu o sănătate fizică bună. Iubeşte medicina şi este foarte disciplinată. Ea doreşte tot ceea ce este mai bun pentru ea şi familia ei şi, în consecinţă, nici un efort nu este prea mare pentru a obţine acest lucru. Dana a trăit cu anxietate generalizată timp de aproape şapte ani. În toţi aceşti ani, mecanismele de coping utilizate au fost: evitarea problemelor, evitarea efortului fizic şi studiul intens.

E. Ipoteza de lucru

Dana a dezvoltat anxietate generalizată deoarece credinţele ei centrale (factori predispozanţi) au făcut-o să interpreteze o gamă largă de situaţii (factori declanşatori) ca fiind ameninţătoare. Probabil că integrarea într-un mediu complet nou - factori favorizanţi - (ex. un oraş nou, alţi colegi, cerinţe mai ridicate decât în liceu) au precipitat anxietatea generalizată şi depresia subclinică, activând aceste credinţe centrale. Mai mult, hiperreactivitatea sistemului nervos vegetativ, lipsa de asertivitate şi de abilităţi sociale în relaţiile interpersonale (ex. caracteristici ale personalităţii dependente) ar fi putut amplifica şi contribui la simptomatologia anxioasă şi depresivă (factori predispozanţi). Ulterior, în urma asocierii acestui fond de anxietate generalizată (factor predispozant) cu (1) presiunile evenimentelor de viaţă de după căsătorie şi (2) frustrarea dată de aşteptările vis a vis de susţinerea din partea soţului (factori declanşatori), s-au dezvoltat atacurile de panică. Acestea au fost stimulate de interpretările catastrofale făcute de Dana, interpretări care duc frecvent la instalarea panicii despre panică.

2.5.3. Tratament/Planul de intervenţie; O abordare din perspectiva terapiei cognitive

A. Lista de probleme

(1) atacurile de panică ale Danei; (2) sentimentul de îngrijorare în legătură cu orice lucru (anxietate generalizată şi depresie subclinică); (3) relaţia cu soţul vis a vis de suportul pe care acesta l-ar putea oferi şi (4) stimă de sine şi asertivitate scăzute şi abilităţi sociale deficitare.

B. Scopuri terapeutice

(1) reducerea atacurilor de panică (inclusiv panica despre panică); (2) reducerea gândirii distorsionate negative cu impact asupra anxietăţii generalizate şi depresiei subclinice; (3) stimularea asertivităţii şi formarea abilităţilor de rezolvare de probleme pentru a îmbunătăţi relaţia sa cu soţul şi capacitatea de rezolvare a problemelor practice şi (4) îmbunătăţirea abilităţilor sociale cu impact asupra trăsăturilor de personalitate dependentă.

C. Planificarea terapiei

Planul de tratament viza, în prima fază, reducerea atacurilor de panică (inclusiv panica despre panică) şi apoi diminuarea anxietăţii generalizate şi a depresiei subclinice. De asemenea, ne-am planificat împreună să lucrăm asupra asertivităţii, stimei de sine şi a abilităţilor sociale (cu impact asupra unora dintre trăsăturile de personalitate dependentă). În ultima parte au fost abordate unele probleme practice şi a fost introdus un program de prevenire a recăderilor.

Pentru atacul de panică am folosit un pachet de tratament care conţine: (1) tehnici de restructurare cognitivă (Clark, 1995) pentru reducerea interpretărilor catastrofale (gândurilor automate) şi (2) tehnici de hiperventilaţie şi de control al respiraţiei (Ost, 1987) pentru a explica (în parte) şi controla simptomele de atac de panică. De asemenea, la începutul intervenţiei a fost utilizată o tehnică de distragere a atenţiei atât în scop didactic (a

arăta relația dintre cogniție și emoție) cât și terapeutic (managementul rapid al simptomelor). Apoi, pachetul de intervenție pentru atacul de panică a fost adaptat pentru anxietate generalizată și depresie subclinică, el constând în: (1) tehnici de restructurare cognitivă (Beck, 1976; Clark, 1995) pentru modificarea gândurilor automate și a credințelor centrale și (2) tehnici de relaxare (Ost, 1987) pentru reducerea activării fiziologice cronice. Ne-am centrat de asemenea și pe modificarea (la diferite nivele de abstractizare) cogniților evaluative asociate credințelor centrale. Pentru a-i crește asertivitatea și a-i îmbunătăți abilitățile sociale am folosit trainng-ul pentru asertivitate; training-ul pentru dezvoltarea abilităților sociale și de rezolvare a problemelor l-am folosit cu scopul de a o ajuta să devină mai încrezătoare în sine și mai puțin dependentă. Pachetul de tehnici a fost aplicat după cum urmează:

1. Pentru atacul de panică, *pacienta a fost învățată o tehnică* de distragere a atenției (ex. să descrie detaliat toate obiectele din cameră). Această tehnică ar putea: (a) să combată convingerea Danei că nu are control asupra anxietății sale; (b) să fie o tehnică de management a simptomelor, utilă pentru situațiile în care atacarea gândurilor automate ar fi dificilă și (c) să constituie o demonstrație de impact a modelului cognitiv al anxietății, față de care Dana a fost destul de reticentă la început. Apoi i s-a prezentat tehnica hiperventilației. Aceasta a fost utilă pentru modificarea interpretării catastrofale a senzațiilor corporale experiențiate de Dana în timpul atacurilor de panică. Tehnica de control al respirației a fost de asemenea folosită, întrucât reduce hiperventilația.

2. Pentru modificarea gândurilor automate, a interpretărilor catastrofale și, mai târziu, a credințelor centrale, pacienta a fost învățată tehnici de restructurare cognitivă și tehnici comportamentale. De asemenea, ne-am focalizat și pe modificarea cogniților evaluative prin intervenție la diferite

nivele de abstractizare. Aceste tehnici au ajutat-o pe Dana să își înțeleagă gândurile și asumpțiile dezadaptative și astfel să își reducă semnificativ simpromele de anxietate și atac de panică, depresia subclinică și unele trăsături specifice personalității dependente.

3. Dana a învățat o tehnică de relaxare și o tehnică de control a respirației. Tehnica de relaxare a avut cel mai mare efect asupra anxietății generalizate, deoarece reduce activarea fiziologică cronică.

4. Training-ul pentru asertivitate și training-ul pentru îmbunătățirea abilităților sociale și a abilității de rezolvare de probleme au fost introduse pentru a-i îmbunătăți Danei relațiile interpersonale (în special cu soțul său) și capacitatea de rezolvare de probleme. De asemenea, aceste intervenții o pot ajuta să fie mai puțin dependentă.

5. La sfârșitul tratamentului, a fost introdus un program de prevenire a recăderilor.

D. Obstacole în terapie

Întrucât Dana era medic și bine pregătită în modelul biomedical, a fost greu de convins de legătura dintre cogniții și emoții printr-o abordare convențională. În consecință, s-a evitat impunerea logicii tratamentului (ex. relația dintre cogniții și atacul de panică). În loc de aceasta, s-a optat pentru utilizarea mai multor metode decât în mod obișnuit, pentru ilustrarea acestei relații dintre cogniție și emoție: (1) bibliorerapia –cărți de medicină psihosomatică și lucrări despre emoții și cogniții și (2) mai multe exemple, incluzând literatura despre experimentele lui Schachter și Singer (1962) asupra relației dintre emoții și cogniții. La sfârșitul acestui program educațional, pacienta a fost foarte surprinsă de impactul cogniților asupra emoțiilor și a fost interesată să introducă aceste idei nu doar în demersul nostru terapeutic, ci și în practica sa de medic internist.

2.5.4. Rezultate, concluzii și urmărirea evoluției pacientului

Tratamentul Danei s-a extins pe parcursul a 18 ședințe. La șase luni după încheierea terapiei, nu s-au mai înregistrat atacuri de panică sau simptome de depresie subclinică. Totuși, au persistat unele simptome de anxietate generalizată, însă acestea nu au mai îndeplinit criteriile DSM IV pentru tulburarea de anxietate generalizată. Asertivitatea Danei și abilitățile sale sociale s-au îmbunătățit semnificativ, fapt care a avut un impact pozitiv asupra relațiilor sale (inclusiv cu soțul și părinții) și a flexibilizării trăsăturilor specifice personalității dependente. Toate aceste rezultate au fost operaționalizate într-un design experimental cu un singur subiect: cu niveluri de bază multiple în cazul simptomelor (pentru detalii vezi Catania și Brigham, 1978; David, 1999).

PARTEA a II-a. PSIHOPATOLOGIA PSIHOPATOLOGIEI. ANALIZĂ DE CAZ

În partea a doua a lucrării, Psihopatologia va fi tratată ca pacient, folosind cadrul teoretico-metodologic descris în partea întâi a lucrării (ex. construcțele, metodologia unei analize de caz). Astfel, în cazul pacientului Psihopatologie se vor efectua: (1) diagnosticul și evaluarea psihologică pentru a identifica tabloul clinic al acestuia (capitolul 1); (2) conceptualizarea clinică pentru a explica tabloul clinic identificat (capitolul 4) și (3) se va prezenta o schemă de tratament cu scopul de a "vindeca pacientul" sau de a ameliora semnificativ tabloul său clinic (capitolul 5).

Capitolul 3. Diagnosticul și evaluarea clinică a pacientului Psihopatologie

3.1. Semne și simptome. Tabloul clinic al pacientului Psihopatologie.

Semnele și simptomele pe care le manifestă Psihopatologia ca pacient vor fi analizate în cele ce urmează, urmărind modul în care ele se manifestă în cadrul categoriilor importante ale funcțiilor psihopatologilor descrise în capitolul 1: (1) diagnostic și evaluare clinică; (2) intervenție și tratament; (3) cercetare fundamentală și aplicată și (4) educație și formare/training.

3.1.1. Probleme ale Psihopatologiei cu modalitățile de a face diagnostic și evaluare clinică

Semnele și simptomele care arată prezența unor probleme în ceea ce privește diagnosticul și evaluarea clinică în psihopatologie sunt prezentate în continuare. Dacă diagnosticul și evaluarea clinică în Psihopatologie sunt corecte și eficiente atunci ne așteptăm ca (1) numărul categoriilor de diagnostic să reflecte datele științifice existente; (2) să fie realizate cu un instrumentar psihologic riguros și (3) să fie bazate pe modelele cele mai riguroase în domeniu (ex. modelul etiopatogenetic). Să urmărim în continuare dacă aceste predicții sunt confirmate.

3.1.1.1. Numărul exagerat de mare de categorii diagnostice și tendința de patologizare a vieții cotidiene. Malleus Maleficarum

Faptul că există un număr mare de categorii nosologice psihiatrice nu este o problemă în sine. Dimpotrivă, un număr mare de categorii nosologice identificate și create până acum ar putea arăta robustețea cercetărilor din acest domeniu și maturitatea acestuia. Dacă acest număr mare de categorii nosologice nu are însă o justificare științifică ci una socio-economică, atunci acest lucru devine o problemă pentru știință. Să vedem cum stau lucrurile. De la apariția primei ediții a DSM-I (APsyA, 1952) și până la ediția a patra DSM-IV (APsyA, 1994) numărul categoriilor diagnostice psihiatrice a crescut cu 300% (Houts, 2002). Unii autori (Houts, 2002) au arătat că această creștere este artificială și neobișnuită, și că ea nu se bazează pe date științifice ci pe condiții socio-economice și politice. Apărătorii DSM (Wakefield, 1998; 1999; 1999a) ne spun pe de altă parte, că această creștere nu este una neobișnuită pentru știința medicală și că ea este justificată de dezvoltările științifice din această perioadă. Altfel spus, cercetările din psihopatologie au dus la descoperirea unor noi tulburări psihice, după cum și cercetările medicale au dus la descoperirea unor

noi boli somatice. În cazul bolilor somatice, numărul de categorii diagnostice a crescut prin: (1) identificarea unor tulburări neidentificate prin metodele de diagnostic precedente și (2) prin accesul pacienților la serviciile medicale (Wakefield, 1999). Spre exemplu, numărul de categorii diagnostice ale bolilor sistemului circulator a crescut cu 200%, iar cel al sistemului digestiv a crescut cu 123% de la ICD-8 (1980) la ICD-10 (1990) (Wakefield, 1999). Dacă această analogie este corectă, atunci așteptăm ca factorii care au dus la creșterea numărului de categorii diagnostice pentru bolile somatice să fie răspunzători și pentru creșterea numărului de categorii diagnostice psihiatrice. La o analiză atentă însă, această analogie este eronată. Creșterea numărului de categorii diagnostice în ICD este în principal (fără a fi exclusiv) rezultatul recodării unor categorii preexistente nu neapărat descoperirii unor boli (Houts, 2002). Creșterea numărului de categorii în DSM-IV este însă în principal rezultatul adăugirii unor categorii noi (Houts, 2002). De fapt, de-a lungul timpului, din DSM s-au scos și s-au adăugat tulburări în funcție de presiunile și schimbările sociale. Spre exemplu, în primele ediții ale DSM homosexualitatea era o categorie nosologică inclusă în lista tulburărilor psihice. Sub presiunea schimbărilor și mișcărilor sociale aceasta a fost scoasă din DSM în 1974 rămânând asociată cu tulburările psihice numai în măsura în care este ego-distonică (pacientul o percepe ca o suferință) (Houts, 2002). Similar, masturbarea a făcut carieră în medicină și psihiatrie ca "boală" sau ca factor important în diverse probleme medicale și psihice (Stengers și Van Neck, 2001); în schimb, astăzi ea este considerată un comportament sexual sănătos în măsura în care nu se manifestă ego-distonic. Probabil că psihopatologia datorează scuze multor oameni care au fost considerați de-a lungul timpului bolnavi psihic deoarece erau homosexuali sau se masturbau! O analiză concretă a modului în care tulburările de somn au ajuns în DSM arată de

asemenea că apariția unor noi categorii nosologice în DSM nu este întotdeauna rezultatul cercetării științifice. Înainte de DSM-III-R, tulburările de somn nu au fost considerate tulburări psihice. Ele au fost conceptualizate ca tulburări psihice începând cu DSM-III-R și au fost elaborate ca atare în DSM-IV. Dacă această conceptualizare ar fi una științifică atunci ar trebui să identificăm rezultate importante ale cercetării științifice asupra tulburărilor de somn din acea perioadă (rezultate cruciale-cutting-edge research) care să arate că acestea sunt tulburări psihice deși timp de 40 de ani nu au fost concepute astfel. O analiză a literaturii de specialitate arată că aceste "rezultate cruciale" care au resemnificat tulburările de somn ca tulburări psihice nu au existat (Houts, 2002). Probabil că introducerea lor în DSM s-a făcut prin vot, pardon, adică prin "consensul specialiștilor".

În plus, numărul extrem de mare de categorii nosologice psihiatrice duce la o tendință de patologizare a vieții cotidiene (Beutler și Malik, 2002; Groth-Marnat, 2000). Într-adevăr, o succintă examinare a DSM-IV (APA, 1994) va reliefa categorii nosologice precum:

– Problemă relațională cu partenerul;
– Problemă profesională (ex. insatisfacția la locul de muncă);
– Problemă școlară;
– Noncomplianța la tratament;
– Neglijarea copilului;
– Problemă relațională între frați;
– Problemă relațională părinte-copil.

Examinând aceste categorii nosologice, se pare că viața normală, fără patologie, înseamnă condiția primară din rai. Ea nu mai poate fi găsită în lumea în care trăim. Viața pare să fie o mare boală psihică! Exemplele prezentate mai sus reflectă probleme de viață, adesea care țin de domeniul socio-moral, dar iată că ele sunt considerate acum tulburări psihice. De fapt, dacă

reținem acest exemplu și adăugăm modul în care se definește tulburarea psihică - modificări psihice și/sau comportamentale asociate cu o stare de distres și/sau disabilitate sau care cresc riscul spre distres și disabilitate (vezi DSM-IV, APA, 1994)-, observăm că este foarte greu să se evite încadrarea unor probleme care există în mod frecvent în viață, într-o categorie nosologică psihiatrică. În definiția tulburării psihice câțiva termeni sunt atât de ambigui, încât utilizarea lor devine periculoasă și fiecare ne putem trezi că am putea potrivi un diagnostic psihiatric. Să analizăm acești termeni.

• **Modificare psihică și comportamentală.** Cât de *modificată* trebuie să fie *modificarea* pentru a ieși din sfera normalității? Când discutăm despre modificări la nivel biologic lucrurile sunt mai clare. Aici se pot stabili statistic anumite limite în care un parametru poate să varieze, dar să rămână totuși în limitele normalității (deși și aici pot să apară unele excepții). În ceea ce privește aspectele psihologice și comportamentale, lucrurile sunt însă foarte complicate. **Un prim criteriu** care a fost propus pentru a delimita normalul de anormal (patologic) a fost **cel statistic** (Dealy și Pichot, 1955; 1971). Conform acestui criteriu, normal înseamnă ceea ce aproximează media populației (ceea ce fac cei mai mulți oameni). Deși un criteriu util, acesta nu este satisfăcător de unul singur. Probabil că el nu ar funcționa eficient nici măcar în domeniul biologic. Caria, spre exemplu, este o prezență frecventă la majoritatea populației, fără ca aceasta să o facă stare de normalitate! Aplicat în domeniul psiho-comportamental, acest criteriu are probleme serioase. Spre exemplu, probabil că în Evul Mediu, un stil de gândire normal și non-patologic era acela care considera că pământul este plat, iar un stil de gândire patologic, delirant, era acela care susținea că pământul este rotund! **Al doilea criteriu** propus pentru a delimita normalitatea de anormalitate este **criteriul cultural-ideal** (Dealy și Pichot, 1955; 1971). Conform acestui criteriu,

normal este ceea ce se așteaptă a fi normal într-o societate, idealul pe care grupul social îl stabilește pentru starea de sănătate. Așadar, ceea ce este considerat normal într-un context socio-cultural, poate să fie considerat patologic în alt context socio-cultural. *Al treilea criteriu este cel funcțional* (Delay și Pichot, 1955; 1971). El arată că normalul înseamnă capacitatea de a-ți atinge scopurile importante în viață fără a interfera cu funcționalitatea celuilalt. Astăzi, normalitatea este definită în psihopatologie, într-un cadru delimitat aproximativ de cele trei criterii menționate, cu un accent mai puternic pe criteriul funcțional. Așadar, după atâția ani de cercetare, normalitatea nu este încă clar definită în psihopatologie, iar distincția dintre normalitate și patologie este una relativă și aproximativă.

• **Distres și disabilitate.** În timp ce termenul de disabilitate este mai clar definit (*incapacitate funcțională*), *stres-ul* și *distres-ul* sunt definite mai imprecis. Stres-ul este o prezență constantă în viață noastră. El este unul din factorii importanți pentru viață și menținerea ei (Selye, 1976). Distres-ul în schimb este definit ca un stres care are consecințe psihologice și biologice negative (Selye, 1976). Dar unde este limita dintre stres și distres? Diferența dintre *stres* și *distres este cantitativă sau calitativă*? Psihopatologia nu poate răspunde încă riguros la aceste întrebări (Ellis, 1994; Lazarus, 1991). În plus, adesea distincția dintre stres-ul benefic (eustres) și distres se face a posteriori, adică după apariția efectelor lor. Dacă efectelele sunt negative atunci *stres-ul este interpretat ca distres iar dacă efectele sunt pozitive* stres-ul este interpretat ca eustres. Așadar, această distincție - eustres vs. distres - nu are încă valoare predictivă sau explicativă ci doar una clasificatorie, a posteriori.

• **Risc spre distres și disabilitate.** Acest element al definiției este unul cu adevărat periculos pentru patologizarea vieții cotidiene. Ce înseamă risc? Risc înseamnă probabilitatea de a apărea ceva negativ. Prin definiția tulburării psihice mai

sus menționate, riscul presupune predicție asupra apariției stării de distres și disabilitate și sugerează că noi, psihopatologii, putem face această predicție. Întrebarea pe care trebuie să o punem însă este următoarea: este un tratament bazat pe acest element "risc spre distres și/sau disabilitate" justificat în cazul în care pacientul nu are încă un tablou clinic manifest? Datele științifice pe care le avem în acest moment ne arată că NU, nu este justificat (Dawes, 1996). Predicțiile pe care le putem face privind dezvoltarea unor viitoare probleme psihice sunt extrem de imprecise în acest moment. Chiar cunoscând factorii etiologici de risc (ex. favorizanți, predispozanți, determinanți, declanșatori) și eventualele caracteristici ale mediului pacientului, probabilitatea de a face o predicție acurată asupra dezvoltării unor tulburări psihice este extrem de mică (Dawes, 1996). Probabil că dezvoltările științifice viitoare ne vor oferi instrumente pentru a face predicții mai precise, dar nu este cazul să credem că putem face acum acest lucru. Dacă cineva susține contrariul, probabil că ascunde foarte bine datele empirice pe baza cărora își bazează ideea! Pentru a argumenta și mai clar această concluzie, să ne focalizăm pe tulburări psihice presupuse a avea o componentă genetică puternică. Astfel, chiar presupunând că prin consiliere genetică se estimează că cineva are un risc pentru a dezvolta schizofrenie de 75%, totuși nu putem fi siguri că un individ cu acest risc va avea schizofrenie pe parcursul vieții. În schimb, este posibil ca un individ cu un risc calculat de 25% de a dezvolta schizofrenie, să aibă schizofrenie pe parcursul vieții. „Așadar, predicțiile noastre statistice nu se exprimă cu necesitate la nivelul individului. În condițiile în care știm că în psihopatologie tratamentul nu este administrat unui "pacient statistic" ci unui pacient anume, și că aceste tratamente au și o mulțime de efecte secundare (Kaplan și colab., 1997; Sadock și colab., 2002), este evidentă problema etică în justificarea administrării unor tratamente pe baza unui

risc calculat de a dezvolta o tulburare psihică. Pe aceeași linie a argumentării ideii că în psihopatologie predicțiile noastre sunt imprecise în acest moment, un alt aspect care trebuie discutat este predicția pe baza unei analizei clinice detaliate. Ni se spune adesea că predicția făcută în urma unei analize clinice (ex. prin interviul clinic) este mai precisă decât o predicție statistică pe baza includerii pacientului în anumite clase și categorii în urma examinării cu anumite teste psihologice sau în urma unor analize demografice - diagnostic statistic - (pentru detalii vezi Dawes, 1996). La prima vedere această ipoteză este una rezonabilă. Printr-un diagnostic individualizat cu ajutorul interviului clinic, putem afla informații relevante și detaliate pentru pacient, neaccesibile prin alte metode, informații care ne pot ajuta apoi în predicțiile pe care le facem comportamentului acestui pacient. Spre exemplu, o testare psihologică ne poate spune că pacientul nostru are un coeficient de inteligență mediu prin raportare la etalon. La o analiză clinică însă, acest rezultat statistic poate dobândi semnificații noi: (1) pacientul este mai inteligent, dar este extrem de anxios la testare; (2) pacientul a fost mai inteligent, dar ca urmare a unei traume cerebrale s-a deteriorat cognitiv sau (3) pacientul a fost mai puțin inteligent, dar ca urmare a unor programe de îmbogățire cognitivă a evoluat ușor etc. Toate aceste date culese prin analize clinice aduc un bagaj important de informații față de diagnosticul statistic, informații care aparent ne pot ajuta în predicțiile pe care le vom face despre performanțele acestui pacient. Pare evident, dar așa să fie? Ce ne spun cercetările? O metaanaliză sumarizând rezultatele a peste 45 de studii (Sawyer, 1966) a arătat clar și fără drept de apel că această ipoteză este falsă. Un diagnostic clinic particularizat pacientului nu este mai eficient decât un diagnostic statistic în predicțiile pe care le putem face asupra comportamentelor pacientului. Această concluzie a fost confirmată în mai multe metaanalize publicate de-a lungul anilor,

sumarizând rezultatele a zeci de studii (ex. Dawes și colab., 1989; Meehl, 1954). De ce se dovedește predicția statistică cel puțin la fel de eficientă ca predicția clinică, în ciuda așteptărilor contrare? Una din explicații este că metodele statistice sunt astfel concepute încât să poată evidenția pattern-urile existente într-o colecție de date, dincolo de "zgomotul și semnalul distorsionat" ale acestor date (Dawes, 1996). Oamenii, pe de altă parte, fie ei și clinicieni profesioniști, prin însăși structura lor cognitivă au dificultăți în a combina informații calitativ diferite sau indicatori rar asociați în viața de zi cu zi (ex. frecvența înotului și performanțele manageriale, știut fiind faptul că adesea între acești indicatori există o corelație pozitivă, semnificativă statistic) (Anderson, 1990). În consecință, adesea utilizăm sisteme de decizie descriptive nu normative în predicțiile pe care le facem. Astfel de sisteme de decizie descriptive ne distorsionează predicțiile. Spre exemplu, două din cele mai cunoscute distorsiuni sunt introduse de *accesibilitatea* și *reprezentativitatea* informațiilor (pentru detalii vezi, Kahneman și Tversky, 1972; Tversky și Kahneman, 1973). Astfel, adesea facem predicții pe baza informației accesibile la un anumit moment, ignorând informația care nu este accesibilă în contextul dat, dar care ar fi fost importantă în predicție. Pe de altă parte, dacă ceva este foarte reprezentativ pentru o categorie, aceasta nu înseamnă că acel ceva este și foarte probabil. Dacă, spre exemplu, se prezintă următoarele două afirmații:

– O femeie fumătoare a făcut cancer la plămâni (neoplasm pulmonar)

– O femeie a făcut cancer la plămâni

Majoritatea subiecților afirmă că primul eveniment este mai probabil decât cel de-a doilea deoarece sintagma "o femeie fumătoare" este mai reprezentativă pentru cancerul la plămâni decât sintagma "o femeie". Desigur, o analiză logică arată evident că a doua situație este mai probabilă.

3.1.1.2. Utilizarea unui instrumentar psihologic depăşit şi problematic sau Carul cu Boi

Adesea în stabilirea unui diagnostic nosologic psihiatric se utilizează date de laborator rezultate din testarea psihologică. Cercetările arată că testele psihologice au o validitate direct comparabilă cu cea a testelor medicale (Meyer şi colab., 2001; pentru discuţii vezi şi Garb, 2001; Smith, 2001). Din păcate, în ciuda faptului că există un instrumentar psihologic riguros, adesea, în practică se utilizează teste depăşite teoretic şi/sau fără calităţi psihometrice deosebite. Astfel, Lilienfeld şi colab. (2000) făcând o examinare critică şi extensivă a testelor proiective, arată clar că acestea au validitate şi fidelitate scăzute. În ciuda acestor rezultate, testele proiective sunt parte integrantă şi importantă a activităţii de testare psihologică în domeniul clinic. Testul Rorschach spre exemplu, este încă unul din cele mai utilizate teste psihologice în evaluarea clinică (Lilienfeld şi colab., 2000). Paralel cu utilizare unui instrumentar psihologic adesea depăşit, problema este accentuată prin ignorarea noilor teorii şi sarcini experimentale expresie a dezvoltării cercetărilor fundamentale de psihologie. Multe din aceste sarcini care evaluează riguros şi punctual funcţii psihologice specifice nu au fost încă adaptate pentru a se constitui în teste psihologice, deşi se cunoaşte că o sarcină experimentală fundamentată teoretic, standardizată şi etalonată devine test psihologic (Anastasi, 1958; Messick, 1980). Spre exemplu, deşi studiile de memorie implicită au penetrat deja domeniul clinic, atât sub aspect teoretic cât şi aplicativ (David, 2000; Schacter şi Tulving, 1994), nu avem încă un test de memorie implicită, în ciuda existenţei a numeroase sarcini experimentale de memorie implicită. Se pare că testarea psihologică, într-o manieră asemănătoare producţiei şi administrării de medicamente, s-a transformat într-o industrie în care marketing-ul şi inerţia sistemului menţin un instrumentar psihologic adesea depăşit şi

blochează noile dezvoltări în domeniu. Asistăm uneori în acest domeniu la triumful marketing-ului asupra ştiinţei! În plus, paradoxal, adesea utilizarea unui instrumentar psihologic depăşit este încurajat prin decizii politice şi guvernamentale. Aceste situaţii reflectă clar triumful lobby-ului asupra ştiinţei! Să argumentăm cele spuse cu un caz mai apropiat nouă. Recent, Guvernul României, prin Hotărârea nr. 218 din 7 Martie 2002, a stabilit lista testelor psihologice care trebuie utilizate pentru orientarea şcolară a elevilor (vezi Anexa 3 pentru detalii). Îmi amintesc clar că atunci când am citit această listă în cadrul unui grup de colegi de la Universitatea Babeş-Bolyai am izbucnit în râs, râs care mai apoi ne-a lăsat însă un gust amar şi o confuzie totală. Mi-am amintit în acele momente de Paul Feyerabend şi de argumentul lui că ştiinţa este un mit al cărui adevăr se votează, iată, uneori chiar în Guvern! Multe teste prezentate în lista respectivă sunt teste depăşite teoretic şi metodologic (ex. testul arborelui; Rorschach; TAT), teste care au fost criticate în literatura de specialitate (Lilienfeld, 1998; Lilienfeld şi colab., 2000; 2001; Wood şi colab., 2003) şi pe care un laborator serios de psihologie nu le mai recunoaşte ca instrumente de primă alegere. Testele proiective sunt mai degrabă utilizate astăzi ca oportunităţi de a afla informaţii despre modul în care indivizii se raportează la sarcini nu ca surse de informaţii obiective! (Lilienfeld şi colab., 2000; 2001). Am avut atunci clar impresia că, sub anumite aspecte; ştiinţa psihologică a rămas la nivelul începutului de secol XX. În acest context trebuie prezentate două situaţii care arată cum utilizarea nereflexivă a instrumentarului psihologic duce la pseudoştiinţă în psihopatologie.

Prima situaţie se referă la scalele de autoevaluare a sănătăţii psihice. Trebuie să înţelegem că un scor mic la scalele de autoevaluare care arată nivelul psihopatologiei (ex. nivelul depresiei, anxietăţii etc.) poate să însemne trei lucruri: (1) indivizii nu au probleme psihice; (2) indivizii au probleme psihice dar din cauza

mecanismelor defensive nu conştientizează acest lucru sau (3) indivizii simulează (din diverse motive care nu ţin de patologie ci de interese economice spre exemplu). Altfel spus, în grupul celor care apar fără probleme psihice în urma unei astfel de evaluări psihologice avem de fapt cel puţin două categorii de indivizi: (1) sănătoşi psihic şi (2) cu o sănătate psihică iluzorie. Pentru aceştia din urmă o intervenţie psihoterapeutică ar putea iniţial să amplifice stresul şi psihopatologia, ca urmare a abordării mecanismelor defensive care au asigurat o sănătate psihică iluzorie. Sigur, la ceea ce am spus mai sus, s-ar putea aduce două contraargumente solide. *Primul contraargument* ar fi acela că aceste scale de autoevaluare au fost serios validate. Astfel, pe baza scorurilor obţinute la aceste scale (predictori) se poate prezice un spectru larg de indicatori psiho-comportamentali (criterii). Eu nu spun însă că aceste scale nu sunt valide. Spun doar (vezi şi Shedler şi colab., 1993) că validitatea lor predictivă creşte atunci când scorurile indică psihopatologie şi este ambiguă atunci când scorurile lor indică sănătate psihică. Statistic, această situaţie va atenua coeficienţii de validitate predictivă dar nu va elimina semnificaţia lor! Cu alte cuvinte, validitatea predictivă a acestor scale ar putea arăta bine dar validitatea conceptuală este problematică! În plus, mecanismele defensive care alterează scorurile la aceste scale pot altera şi scorurile la criteriu fie el subiectiv sau comportamental. Într-adevăr, cercetările au arătat că atunci când sunt utilizate criterii care sunt mai greu influenţate de mecanisme defensive lucrurile se schimbă; soldaţii care apăreau ca fiind sănătoşi psihic la scalele de autoevaluare aveau mai mare probabilitatea să aibă tulburări emoţionale şi psihice în timpul luptelor! (pentru detalii vezi Shedler şi colab., 1993). *Al doilea contraargument* ar fi acela că scalele de autoevaluare utilizate pentru a evalua sănătatea psihică au indicatori de minciună cu ajutorul cărora putem identifica indivizii care ne induc în eroare. Din păcate cele mai multe scale utilizate pentru a evalua sănătatea psihică nu au scale de minciună, şi chiar în

cazul celor care au, nu ştim dacă mecanismele defensive nu au alterat şi scorul la aceste scale; în plus, scalele de minciună sunt bune în principal în a detecta indivizii care simulează nu atât pe cei care utilizează mecanisme defensive! Aceste limite ale testelor psihologice pun sub semnul întrebării concluziile multor cercetări din psihologie care se bazează pe utilizarea unor scale de autoevaluare. Spre exemplu, psihologia pozitivă a arătat că sănătatea psihică depinde de capacitatea indivizilor de a distorsiona realitatea în favoarea lor (Taylor, 1993) în timp ce un stil realist pare să fie asociat cu probleme psihice (ex. tulburări depresive). Trebuie însă să menţionăm că în cazul depresiei acest lucru este valabil doar pentru o formă de intensitate uşoară. În cazul unei depresii de intensitate medie sau severă stilul de gândire nu mai este realist ci distorsionat spre latura negativă – se exagerează aspectele negative. Raportul cogniţii pozitive versus cogniţii negative în cazul normalităţii/depresiei uşoare/ respectiv depresiei medii-severe este de 2 la 1 / 1 la 1 / respectiv 1 la 2. Prin prisma celor discutate aici aceste rezultate pot însă să fie interpretate şi altfel. Studiile de psihologie pozitivă utilizează adesea scale de autoevaluare. Aşadar, grupul de indivizi normali conţine atât indivizi normali cât şi indivizi cu o sănătate psihică iluzorie, aceştia din urmă justificând rezultatele care arată că cei cu sănătate psihică evaluată cu scalele de autoevaluare distorsionează realitatea mai mult decât cei cu psihopatologie (ex. tulburare depresivă majoră de intensitate uşoară). În aceste condiţii, rolul iluziilor pozitive ca factori protectori ai sănătăţii psihice ar putea să fie simple artefacte create prin utilizare nereflexivă a unui instrumentar psihologic. Probabil că studiile viitoare vor clarifica cât este iluzie din afirmaţia că iluziile pozitive sunt factori protectori pentru sănătatea psihică şi cât este realitate (pentru detalii şi informaţii suplimentare vezi Ackerman şi DeRubeis, 1991; Shedler şi colab., 1993 şi secţiunile 3.1.2.3.; 3.1.4.2. şi 5.4. din acest volum).

O a doua situație interesantă (pentru detalii vezi Watson și Pennebaker, 1989) este aceea în care s-a investigat relația dintre distres –evaluat cu scale de autoevaluare - și simptomatologia somatică. Scalele de autoevaluare a sănătății psihice, respectiv a reversului ei, starea de distres, indiferent ce aspect evaluează, corelează atât de puternic între ele încât încarcă un singur factor în analizele factoriale. Altfel spus, sănătatea psihică, respectiv reversul ei, starea de distres, sunt considerate constructe multidimensionale. Cercetările au arătat că scalele de autoevaluare a distres-ului corelează puternic și semnificativ cu scalele de autoevaluare a simptomatologiei somatice (Watson și Pennebaker, 1989). De asemenea, cercetările au arătat că scalele de autoevaluare a simptomatologiei somatice corelează puternic și semnificativ cu indicatorii obiectivi ai simptomatologiei somatice (Watson și Pennebaker, 1989). Coroborând aceste două linii de cercetări, unii autori s-au grăbit să le considere ca dovezi ale modelului psihosomatic-factorii psihologici au rol etiopatogenetic în tulburările somatice. Din păcate însă lucrurile sunt mai complicate. Cercetările ulterioare au arătat, într-un mod surprinzător, că relația directă dintre distres - evaluat prin scale de autoevaluare – și indicatorii obiectivi ai tulburărilor somatice nu este sistematică (pentru detalii vezi Watson și Pennebaker, 1989). Altfel spus, deși A (distres-ul evaluat prin scale de autoevaluare) corelează cu B (siptomatologia somatică evaluată prin scale de autoevaluare) și B corelează cu C (simptomatologia somatică evaluată prin indicatori obiectivi), aceasta nu înseamă că și A corelează cu C. Varința comună dintre A și B nu se suprapune cu varianța comună dintre B și C deși B și C se presupune că măsoară același lucru! Aceasta pune sub semnul întrebării toate concluziile modelului psihosomatic bazate pe rezultatele obținute prin utilizarea preponderentă a scalelor de autoevaluare. Probabil că din nou, prezența unui grup cu sănătate psihică iluzorie în cadrul

indivizilor considerați sănătoși psihic este un factor de distorsiune care generează rezultatele contraintuitive descrise mai sus. Prezența acestor indivizi cu sănătate psihică iluzorie poate reduce semnificativ corelațiile inverse existente între sănătatea psihică evaluată cu scale de autoevaluare și simptomatologia somatică evaluată prin indicatori obiectivi; acest lucru este susținut de studiile care au arătat că un nivel crescut al mecanismelor defensive de tip negare (care generează o sănătate psihică iluzorie) duce la un activare fiziologică crescută și la tulburări somatice (Pennebaker și Susman, 1988).

3.1.1.3. Diagnostic nosologic descriptiv versus diagnostic nosologic etiopatogenetic. O încremenire în proiect

Înainte de Kraepelin, diagnosticul tulburărilor psihice a fost în haos. Isaac Ray i-a continuat pe Esquiron și Pinel în distincția dintre nebunie [incluzând mania și dementia praecox (astăzi schizofrenie)] și deficiență mentală (incluzând idiotenia și imbecilitatea). S-a negat însă constant în această perioadă validitatea unor clasificări mai specifice ale tulburărilor psihice (Kihlstrom, 2002). Kraepelin (1896) a încercat să aplice modelul medical descris în secțiunea 1.2. și tulburărilor psihice. Înainte de a continua, trebuie însă să eliminăm în acest context, o concepție greșită care există în literatura psihopatologiei (ex. Sarason și Sarason, 1999). Modelul medical și diagnosticul etiopatogenetic nu înseamnă un reducționism biomedical. Kraepelin a înțeles prin model medical, un model în care boala are anumite manifestări (tabloul clinic), cauze (etiologie) și reacții patogenetice (vezi secțiunea 1.2. a acestei lucrări), mecanismele etiopatogentice nefiind doar biomedicale ci și psihosociale (Kihlstrom, 2002). În consecință, primele propuneri ale lui Kraepelin au fost de a face o clasificoare a tulburărilor psihice (nosologică) bazată pe etiopatogeneză și de a evita un diagnostic nosologic descriptiv, bazat doar pe semne și simptome (Kihlstrom, 2002). Kraepelin și-a dat seama că din păcate însă,

cunoştinţele limitate din acea perioadă despre etiopatogeneza tulburărilor psihice nu îi permit un sistem de clasificare a acestora bazat pe etiopatogeneză. Aşadar, încercând din nou să evite un diagnostic nosologic descriptiv, a doua propunere a lui a fost pentru un sistem de clasificare bazat pe evoluţia şi prognosticul (gr. prognosis-a şti dinainte; pro-înainte; gignoskein-a şti) tulburării (Kihlstrom, 2002). Kraepelin considera că ceea ce face ca psihozele maniaco-depresive să fie similare între ele şi diferite de schizofrenie nu se referă atât de mult la simptome şi semne cât la evoluţie: psihozele maniaco-depresive tind să se amelioreze pe când schizofrenia tinde să se agraveze (Kihlstrom, 2002). Această a doua propunere are însă o problemă majoră. Un diagnostic corect poate fi făcut doar a posteriori, după apariţia şi evoluţia bolii şi aşadar, el nu ajută foarte mult în procesul de tratament. Deoarece Kraepelin (Kraepelin şi Diefendorf, 1907) şi-a bazat activitatea ştiinţifică pe asumpţia că tulburări similare se exprimă prin simptome şi semne similare şi au o etiopatogenie similară, şi deoarece nu putea cunoaşte clar în acea vreme aspectele de etiopatogeneză a tulburărilor psihice, a acceptat provizoriu un diagnostic descriptiv, focalizat numai pe semne şi simptome. Paradoxal, intenţia lui Kraepelin de a evita un diagnostic descriptiv a dus tocmai acolo! Problema este că până în zilele noastre diagnosticul nosologic psihiatric a rămas unul descriptiv uitând angajamentul etiopatogenetic anterior (Kihlstrom, 2002). Acest diagnostic descriptiv, de clasificare a semnelor şi simptomelor în diverse categorii nosologice, este unul problematic. Clasificarea semnelor şi simptomelor se poate face după diverse criterii (în principiu o infinitate!) şi nu puţine au fost cazurile în care s-au construit categorii ori s-au scos categorii nosologice din ghidurile de clasificare a tulburărilor psihice pe baza unor criterii instituite sub presiune socială (Borges, 1995; Kihlstrom, 2002); cazurile masturbării şi homosexualităţii menţionate anterior sunt ilustrative în acest sens

etiopatogenie originea şi modul de dezvoltare unei boli

(Borges, 1995). Este adevărat însă, că în ultimele ediţii ale DSM (ex. DSM-IV, APsyA, 1994) se încearcă găsirea unor criterii validate ştiinţific de clasificare a semnelor şi simptomelor. Din păcate se ignoră încă diagnosticul etiopatogenetic. În consecinţă, cunoaşterea noastră rămâne la nivel descriptiv, adesea fără a ajunge la nivel explicativ. Aşadar, şi tratamentele administrate şi elaborate pe baza unui diagnostic descriptiv au mai puţine şanse să atace mecanisme etiopatogenetice relevante, fiind adesea simptomatice.

3.1.2. *Probleme ale Psihopatologiei cu modalităţile de intervenţie şi tratament.*

Problemele Psihopatologiei referitoare la modul în care se face tratamentul tulburărilor psihice sunt descrise în cele ce urmează. Dacă tratamentele tulburărilor psihice sunt eficiente şi valide ştiinţific atunci ne aşteptăm ca: (1) numărul lor să fie constrâns de suportul empiric; (2) să existe date empirice care să susţină eficienţa lor şi (3) promovarea lor să fie făcută prin suportul empiric de care se bucură. Să urmărim modul în care aceste predicţii sunt confirmate de starea existentă în domeniu.

3.1.2.1. Numărul exagerat de mare al formelor de tratament sau Labirintul Minotaurului

Paralel cu creşterea numărului de categorii nosologice psihiatrice asistăm şi la o creştere a numărului formelor de tratament (Bergin şi Garfield, 1994). Din anii '60 până în anii '90 numărul de tratamente psihoterapeutice a crescut cu 600% (Miller şi colab., 1997). Numai în psihoterapie avem peste 200 de şcoli de psihoterapie şi peste 400 de tehnici (Bergin şi Garfield, 1994). Acest lucru este foarte bun, am fi tentaţi să spunem. Cu cât numărul de tratamente disponibile este mai mare cu atât şansa de ameliorare a suferinţei psihice este mai mare. Aşa să fie? Din păcate creşterea numărului de tratamente a mers în paralel cu creşterea artificială a numărului de categorii

nosologice psihiatrice, fiind aşadar ea însăşi artificială. De unde ştim acest lucru? Hai să presupunem că această creştere nu este artificială ci expresie a cercetărilor ştiinţifice care au dus la forme noi şi eficiente de tratament. Dacă acest lucru este adevărat:

- Prevalenţa (numărul de tulburări psihice existente la un moment dat) tulburărilor psihice trebuie să se reducă odată cu înmulţirea fratamentelor eficiente;
- Trebuie să asistăm la clarificarea unor modele etiopatogenetice pentru foarte multe tulburări psihice.

Din păcate numărul mare de tratamente nu a dus la scăderea prevalenţei principalelor tulburări psihice sau la clarificaren semnificativă a unor mecanisme etiopatogenetice (Lilienfeld şi colab., 2003). Mai mult, prevalenţa unor tulburări psihice (ex. de tip depresiv) a crescut în ultimele decenii (USDHHS, 1999). Sigur, se poate contraargumenta (modificând o ipoteză auxiliară!) că odată cu dezvoltarea societăţii s-au dezvoltat şi diversificat şi factorii care determină tulburările psihice (ex. stres-ul). Aceasta înseamnă că deşi tratamentele sunt eficiente, avem totuşi multe tulburări psihice deoarece avem mai mulţi factori etiologici. Acest argument este interesant, dar la o examinare logică atentă nu este suficient de puternic. Dacă el este adevărat, ne-am aştepta ca în primul rând incidenţa tulburărilor psihice (numărul de tulburări psihice noi care au apărut într-o anumită perioadă) să crească, nu neapărat prevalenţa lor (presupunând că cei suferinzi sunt trataţi eficient). Or, noi am arătat că prevalenţa unor tulburărilor psihice a fost şi este în creştere. Încercând să salvăm totuşi ipoteza că tratamentele sunt eficiente, continuând cu o formulă de tip Duhanes-Quine (Greenwood, 1989) am putea modifica o altă ipoteză auxiliară şi am putea spune că tratamentele sunt eficiente dar cei suferinzi de tulburări psihice nu au acces la ele şi aşadar, prevalenţa tulburărilor psihice este mare. Cei suferinzi nu au acces la aceste tratamente eficiente deoarece:

– sunt foarte scumpe. Într-adevăr, costurile tratamentelor tulburărilor psihice sunt uriaşe, în SUA anual cheltuindu-se în jur de 100 de miliarde de USD (USDHHS, 1999);

– nu sunt suficient de bine diseminate. Studiile arată că 2/3 din cei diagnosticabili cu o tulburare psihică nu caută şi nu primesc nici un tratament (USDHHS, 1999).

Ţinând însă cont că:

– tulburările psihice sunt printre cauzele principale pentru mortalitate în ţările dezvoltate, existând aşadar un interes crescut în a le trata (ex. conform estimărilor OMS, tulburările psihice sunt cauza numărul doi pentru morbiditate şi mortalitate în ţările dezvoltate; USDHHS, 1999) şi că

– datele empirice arată că tratamentele pentru tulburările psihice sunt adesea simptomatice şi eficienţa acestora este departe de a fi mulţumitoare [(ex. în cazul tulburării depresive majore, în urma tratamentului medicamentos doar aproximativ 45-70% dintre pacienţi îşi ameliorează simptomatologia iar la întreruperea acestuia, tabloul clinic va reapărea la 50-70% din cei care şi-au ameliorat simptomatologia (Antonuccio şi colab., 1995; Deckersbach şi colab., 2000; DeRubeis şi colab., 2001)],

cred că ipoteza conform căreia avem tratamente foarte eficiente dar ele nu ajung la cei suferinzi este puţin probabil să fie adevărată. Consider mai degrabă (vezi şi Dawes, 1996), în baza datelor pe care le-am analizat, că mai probabilă este concluzia conform căreia avem tratamente foarte (prea) multe, relativ eficiente [cu eficienţă mulţumitoare pentru anumite condiţii (ex. tulburări de anxietate) şi mai puţin eficiente pentru alte condiţii (ex. tulburări bipolare)] şi greu accesibile. Promovarea abordărilor mai bine validate ştiinţific (ex. cognitiv-comportamentale şi biomedicale) este calea care ne poate scoate din acest labirint format din sute de tratamente artificiale care ne rătăcesc şi care nu ne duc nicăieri.

3.1.2.2. Breşe în validitatea ştiinţifică a tratamentelor. Ecce Mesmer

Cele peste 400 de tehnici de intervenţie psihoterapeutică (Bergin şi Garfield, 1994) au fost adesea întemeiate pe experienţă şi studii de caz şi rareori au fost investigate în studii experimentale sau studii clinice controlate. Puţinele studii experimentale sau clinice controlate asupra eficienţei psihoterapiilor, existente totuşi, au fost sumarizate în metaanalize cantitative (ex. Lambert, 2003; Lambert şi Ogles, 2003; Wampold şi colab., 1997) care au arătat că psihoterapiile sunt eficiente pentru un spectru larg de tulburări psihice, acolo unde sunt eficiente au efecte pe termen lung şi previn recăderile mai bine că medicaţia psihotropă şi diferenţele dintre diversele forme de psihoterapie nu sunt semnificative (deşi există un uşor avantaj al psihoterapiilor cognitiv-comportamentale faţă de celelalte forme de psihoterapii). Multe din aceste studii au fost însă criticate sub aspectul rigorii metodologice; aşa că rezultatele şi concluziile metaanalizelor bazate pe ele sunt discutabile. În consecinţă, Asociaţia Psihologilor Americani (APA) şi Societatea pentru o Psihologie Clinică Ştiinţifică (Society for Science for Clinical Psychology; SSCP) din cadrul Diviziei de Psihologie Clinică (Divizia 12) au început un program de stabilire a criteriilor pe care o strategie de intervenţie psihoterapeutică trebuie să le respecte pentru a deveni validată ştiinţific (pentru detalii vezi APA la *http://www.apa.org* şi Anexa 1). Criteriile minime stabilite de APA pentru ca un tratament psihoterapeutic să fie validat ştiinţific sunt descrise în continuare.

- *Trebuie să existe un manual care să descrie clar strategia de intervenţie.* Sigur, nu este vorba de algoritmizarea intervenţiei clinice. Intervenţia psihoterapeutică trebuie particularizată pacientului cu care lucrăm. Este vorba despre nişte strategii euristice care apoi în funcţie de condiţiile pacientului şi de terapeut, sunt individualizate pentru fiecare caz. Prezenţa acestor

strategii euristice reprezintă ştiinţa, iar particularizarea lor în cazul fiecărui pacient înseamnă ştiinţă făcută cu artă.

- *Tratamentul este investigat în cadrul studiilor clinice controlate (randomized clinical trials; RCT).* Pacienţii sunt distribuiţi randomizat în cel puţin două grupuri. Un grup de control (ex. nu primeşte tratament; este înscris pe o listă de aşteptare; primeşte un tratament clasic deja validat) şi un grup experimental care primeşte tratamentul investigat. Aşa cum am mai afirmat, sunt conştient de faptul că există metode diferite pentru avansarea cunoaşterii. Studiul de caz, observaţia sistematică, analiza unei situaţii problemă sau experienţa clinică pot duce la noi cunoştinţe, spre exemplu. Aceste cunoştinţe sunt însă contextuale, ele nu pot fi generalizate. În măsura în care se conştientizează acest lucru şi se exprimă această idee atunci când formulăm concluziile pe baza rezultatelor obţinute cu aceste metode (ex. studiu de caz) facem ştiinţă. În măsura în care utilizăm astfel de metode (ex. studiu de caz) dar în concluzii generalizăm rezultatele obţinute, acest demers este pseudoştiinţă. Pentru generalizarea rezultatelor avem nevoie de studii clinice controlate! Generalizarea utilizării unor tehnici de psihoterapie care nu au fost testate în studii clinice controlate este periculoasă. Dacă nu sunt eficiente (presupunând că nu reduc dar nici nu amplifică simptomatologia deja existentă!) ele duc la costuri şi la probleme etice. Dar uneori tratamentele psihoterapeutice au consecinţe negative amplificând simptomatologia; până la 10% dintre pacienţi pot să-şi amplifice simptomatologia ca urmare a efectelor secundare ale psihoterapiei (Lambert şi Ogles, 2003). Să examinăm cum ignorarea celor prezentate în această secţiune a lucrării poate avea consecinţe negative serioase asupra sănătăţii pacienţilor. Imediat după atacul terorist din 11 septembrie 2001, segmente largi de populaţie şi profesionişti din SUA au primit servicii psihoterapeutice de asistenţă pentru situaţiile critice stresante (critical incident stress debrieling -CISD). Unele

segmente de populație au fost chiar obligate să urmeze astfel de tratamente (ex. pompierii, polițiștii și muncitorii implicați direct în acțiunile de salvare etc.)! De ce s-a utilizat pe scară largă acest tip de servicii și chiar s-a forțat în cazul unor subiecți care nu doreau asistență psihologică? Să explicăm ceea ce s-a întîmplat (personal, am participat la procesul de elaborare a unor materiale și servicii psihologice pentru cei afectați de evenimentul din 11 septembrie 2001 prin Academy of Cognitive Therapy, SUA, astfel că am avut acces nu doar la datele experimentale care le susțineau ci și la procesul de implementare și promovare practică a lor). În baza unor analize clinice și studii de caz s-a observat că într-o situație traumatizantă avem cel puțin trei categorii de reacții psihologice: (1) reacții de stres acut sau stres posttraumatic; (2) reacții emoționale negative intense dar care nu îndeplinesc criteriile pentru o categorie nosologică psihiatrică (ex. stări intense de stres, teamă, tristețe, nemulțumire etc.) și (3) lipsa unor reacții emoționale negative intense. În mod normal, pentru subiecții care experiențiază prima categorie de reacții psihologice se oferă asistență de specialitate bazată pe studii clinice controlate. S-a observat însă în practica clinică că unii subiecți care au reacții emoționale negative intense fără a se încadra într-o categorie nosologică vor dezvolta ulterior probleme de stress posttraumatic. Pentru a evita această situație s-a presupus, pe baza practicii clinice, că utilizarea CISD în acest caz poate preveni acest lucru. Scurt spus (pentru detalii vezi Kagee, 2002), CISD se referă la terapie suportivă, ventilare emoțională, încurajarea discutării evenimentului traumatizant și exprimării emoționale etc. Într-adevăr, analizele de caz anterioare au sugerat eficiența CISD! Iată însă că studiile clinice controlate efectuate recent, arată că CISD poate amplifica simptomatologia în loc să o reducă și să prevină apariția stresului posttraumatic (pentru detalii vezi Kagee, 2002). Altfel spus, dacă nu s-ar utiliza CISD, reacțiile psihologice negative intense

(categoria 2 prezentată mai sus) s-ar diminua de la sine, ele reprezentând de fapt nu reacții patologice ci reacții adaptative ale organismului la situații stresante; ele ne ajută să prelucrăm informațiile traumatizante asimilându-le în structura noastră de cunoștințe. Încurajând subiecții să discute despre acestea și să le controleze, în cazul unor subiecți (ex. în cazul celor represivi!), aceste reacții emoționale negative intense se pot accentua și transforma în psihopatologie! Iată cum utilizarea pe scară largă, nereflexivă, a unor proceduri care nu au fost încă investigate riguros (ex. sub aspectul generalizării lor) poate duce la consecințe negative severe. Probabil că studiile clinice controlate vor arăta dacă și în ce condiții CISD este eficient dar rezultatele pe care le avem acum, bazate mai mult pe analize de caz și studii clinice necontrolate, nu justifică utilizarea lui pe scară largă.

• *Performanța grupului experimental trebuie să fie mai bună decât performanța celui de control (sau egală cu a acestuia, dacă grupul de control primește un tratament clasic).* În evaluarea rezultatelor unui program de intervenție se iau în calcul atât criteriile statistice cât și cele clinice (ecologice). Relevanța statistică asigură generalizarea rezultatului în populație, iar relevanța ecologică asigură implementarea lui în practica curentă. Spre exemplu, dacă se aplică o procedură de relaxare care reduce tensiunea arterială sistolică de la 200 la 180, această diferență poate să fie semnificativă statistic deși nu are relevanță clinică (pacientul este tot hipertensiv). O intervenție eficientă va reduce tensiunea arterială sistolică de la 200 la 120, ceea ce înseamnă semnificație statistică și ecologică (pacientul se înscrie în limitele normalității pentru valoarea tensiunii arteriale sistolice).

Aceste criterii minime pentru ca un tratament psihoterapeutic să fie validat științific au fost însă îmbogățite recent de către APA, adăugându-se elemente noi.

• *Când grupul de control presupune lipsa tratamentului sau lista de așteptare, este necesar un al treilea grup, grupul*

placebo. Grupul placebo primește un tratament care se prezintă pacientului ca fiind eficient pentru condiția lui, dar care de fapt nu vizează mecanismele etiopatogenetice presupuse a fi implicate în suferința pacientului. Ca exemple de tratamente psihologice placebo amintim discuțiile libere, discuții cu teme specifice (ex. despre nutriție), terapie suportivă etc., iar ca exemple de tratamente medicale placebo amintim administrarea unei capsule care deși este prezentată pacientului ca medicament nu conține nici o substanță activă. Prezența grupului placebo ne permite să testăm simultan nu doar eficiența intervenției ci și teoria presupusă a justifica intervenția respectivă. În lipsa grupului placebo putem spune doar că tratamentul este eficient dar nu cunoaștem cauzele acestei eficiențe. Adesea când se propune un tratament nou (sau un sistem nou de terapie), acesta apare ca un pachet conținând tehnici de intervenție și teoria asociată lor. Așadar, pentru a fi considerat pe deplin validat științific, un program de intervenție trebuie sa aibă atât tehnici eficiente cât și teorii valide care să le justifice. Dacă facem disjuncție între cele două componente, putem să ajungem la situații ciudate, în care tehnicile de mesmerism probabil ar fi considerate științifice. Să argumentăm prin analogie cele afirmate aici, descriind succint evoluția mesmerismului (pentru detalii vezi Gauld, 1992). Mesmer a fost un medic vienez care a elaborat o teorie conform căreia planetele și stelele ne influențează prin intermediul unui fluid numit magnetism animal. Magnetismul animal este prezent în fiecare din noi și în mediul înconjurător. Dacă există un exces sau un deficit de magnetism în organismul uman atunci apare boala. Cum se face tratamentul? Cum în acea perioadă s-au descoperit magneții (obiecte interesante care se influențau – se atrăgeau sau se respingeau - reciproc, care atrăgeau și influențau alte corpuri), Mesmer a presupus că magneții au proprietatea de a influența magnetismul animal. În consecință, el a început să îi folosească în tratament. Magneți era puși pe

zonele bolnave sau acolo unde apărea durerea pentru a reduce dezechilibrul de magnetism animal presupus a determina boala. Mai târziu, Mesmer a susținut că el are niște abilități speciale - este mai sensibil la magnetismul animal - prin care poate modifica direct deficitul care cauzează boala, fără a mai utiliza cu necesitate magneți. Așadar, atingând bolnavii cu o baghetă sau făcând pase magnetice de-a lungul zonelor bolnave, Mesmer elimina dezechilibrul magnetismului animal și reducea sau elimina astfel simptomatologia. Utilizând aceste proceduri se afirmă că Mesmer a ameliorat sau vindecat suferința a peste 20000 de pacienți (Gauld, 1992). Probabil că dacă aceste strategii ar fi fost comparate cu un grup de control (fără tratament sau listă de așteptare) într-un studiu clinic controlat, mesmerismul ar fi fost considerat științific pe baza criteriilor minime. Mesmer însă a cerut ca și teoria lui să fie recunoscută ca fiind științifică. Ludovic al XVI a numit o comisie regală condusă de Benjamin Franklin (ambasadorul SUA în Franța în acea perioadă) și compusă din personalitățile acelei vremi (ex. Bailly, Guilotine, Lavoasier etc.). Pentru a testa teoria lui Mesmer, un grup de pacienți a fost mesmerizat de către Mesmer însuși iar un alt grup a fost indus în eroare: li s-a spus că sunt mesmerizați, dar de fapt nu au fost. Cu toate acestea manifestările și ameliorarea suferinței au fost aproximativ identice în cele două grupuri, infirmându-se astfel teoria lui Mesmer. Concluziile comisiei au arătat că magnetismul animal nu produce nimic. Vindecarea este dată de sugestibilitatea și imaginația bolnavilor, ceea ce astăzi am numi efectul placebo. Prin prisma acestui exemplu, poate că înțelegem mai clar importanța unui grup placebo în studiile de eficiență a diverselor forme de tratament. Probabil că eficiența multor forme de tratamente, așa numitele tratamente alternative (ex. bioenergie), poate fi explicată prin efectul placebo. În acest context trebuie menționat că prin prisma științei, nu există tratamente științifice și alternative (ex. de medicină alternativă), ci doar tratamente validate științific sau nevalidate

științific! Urmând acest model, cercetările recente au arătat că multe forme de terapie sunt de fapt pseudoștiințifice (McNally, 1999). Cel mai cunoscut caz este cel al "Terapie de reprocesare și desensibilizare prin mișcarea ochilor" (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing; EDMR) (pentru detalii vezi Lilienfeld, 1996; McNally, 1999). Conform teoriei acestei terapii, mișcarea ochilor pe baza unui protocol stabilit de terapeut duce la reprocesarea adaptativă a informațiilor traumatizante și la reducerea simptomatologiei în cazul stres-ului posttraumatic. O serie de studii clinice controlate (RCT) au arătat că această formă de terapie este eficientă pentru tratamentul tulburărilor de stres posttraumatic (APA l-a inclus ca un tratament cu suport științific parțial pentru tulburarea de stres posttraumatic; vezi Anexa 1). Când s-a analizat însă teoria acestor tehnici, s-a arătat că efectul pozitiv al intervențiilor este explicat de factori comportamentali - mecanismul expunerii - și nu de mișcarea ochilor, așa cum sugera EMDR (vezi pe detalii McNally, 1999). Așadar, deși intervenția pare să fie eficientă, teoria care o justifică este alta decât aceea propusă de autorei. Dacă EMDR se prezenta ca o intervenție eficientă pentru tulburarea de stres posttraumatic ea ar fi considerată o tehnică eficientă ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate. Deoarece EMDR își prezintă eficiența intervenției ca fiind justificată de teoria originală (ex. mișcarea ochilor) ca sistem terapeutic (intervenție + teorie) ea este considerată pseudoștiință. Utilizată în practică ca strategie de intervenție ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate, EMDR este știință; utilizată în practică ca strategie eficientă prin protocolul de mișcare a ochilor, EMDR este pseudoștiință.

3.1.2.3. Lobby și tradiție împotriva științei; Cazul stimei de sine

Multe tratamente și tehnici de intervenție în psihopatologie au început să fie folosite pe scară largă nu ca urmare a unui

suport științific ci ca urmare a lobby-ului. Să analizăm un astfel de caz. Mișcarea New Age a stimulat printre altele și ideea că la baza problemelor noastre psihologice stă o stimă de sine scăzută (pentru detalii vezi Dawes, 1996). Dacă ai o stimă crescută față de propria persoană și dacă te simți bine, atunci și comportamentele pro-sociale vor fi mai numeroase. Uneori, ca urmarea a unor traume sau probleme din trecut, dezvoltăm o stimă de sine scăzută față de propria persoană, stimă de sine scăzută care ne predispune la noi eșecuri și în consecință, la noi probleme psihologice. Tratamentul, trebuie așadar, să vizeze creșterea stimei de sine. Stima de sine este definită ca fiind reprezentarea în termeni de judecăți de valoare pe care fiecare o avem despre propria persoană. Această idee care dă stimei de sine un statut foarte important între factorii care influențează sănătatea noastră psihică este parte integrantă a psihologiei de simț comun și a pătruns și în știință (pentru detalii vezi Dawes, 1996). Că a pătruns în știință nu este rău. Important este însă modul în care a pătruns, și dacă locul acestei idei și a tratamentelor bazate pe ea sunt în domeniul științei sau în cel al mitului. Să vedem în continuare cum sistemul teoretico-aplicativ al stimei de sine a pătruns în domeniul științei prin mijloace neștiințifice (pentru detalii vezi și Raportul Fundației Joseph Rowntree la http://www.jrf.org referitor la validitatea științifică a acestui construct, raport bazat pe o analiză extensivă a literaturii științifice).

Parlamentarul John Vasconcellos din statul California, SUA, a fost impresionat de poveștile (le numim povești deoarece se bazau pe fapte neverificate științific) și literatura nevalidată științific (dar publicată de profesioniști) care prezentau stima de sine ca un factor fundamental pentru sănătatea noastră psihică. La propunerea lui, Parlamentul Statului California a creat un grup de lucru (Task Force) pentru a examina suportul științific al constructului stimă de sine și apoi a promova acest construct.

Guvernatorul statului California George Deukmejian a oferit un buget acestui grup de lucru în 1986. Rezultatele au fost publicate într-o lucrare intitulată "The social importance of self-esteem" (Meca şi colab., 1989) în 1989. Concluziile fundamentale ale acestei lucrări sunt:

- O stimă de sine crescută duce la (cauzează) consecinţe psiho-comportamentale pozitive;
- O stimă de sine scăzută duce la (cauzează) consecinţe psiho-comportamentale negative;
- Programele de creştere a stimei de sine trebuie încurajate la nivel individual, familial, de grup, comunitar şi social.

O analiză atentă a datelor pe baza cărora s-au elaborat aceste concluzii arată însă o cu totul altă situaţie (pentru detalii vezi şi Dawes, 1996):

- Cele mai multe studii examinate şi incluse în lucrarea menţionată (Meca şi colab., 1989) erau studii corelaţionale, nu experimentale. Aşadar, a concludziona că stima de sine este cauză pentru diverse aspecte psiho-comportamentale arată triumful ipotezei şi dorinţei asupra fenomenului!
- O mare parte din corelaţiile semnificative dintre stima de sine şi diverşi indicatori psiho-comportamentali au o valoare scăzută a mărimii efectului. Spre exemplu, corelaţia medie dintre stima de sine şi performanţa academică este de 0.17. Într-un limbaj mai simplu, aceasta arată că stima de sine explică doar 3% din performanţa şcolară. Altfel spus, aceasta înseamnă că performanţa şcolară este determinată de alţi factori care sunt mult mai importanţi (acoperă 97% din performanţa şcolară) decât stima de sine.
- În plus, o stimă de sine prea mare duce adesea la comportamente agresive, anti-sociale. Teoriile clasice (ex. Beck, 2000), fără a sugera cu necesitate o relaţie cauzală, arată că infractorii şi persoanele agresive au o stimă scăzută faţă de propria persoană. Cercetările recente au nuanţat însă această

concluzie (DiGiuseppe şi Tafrate, 2003). Pe lângă cei cu stimă de sine scăzută, există un grup de persoane care au o stimă de sine foarte crescută, astfel că orice incongruenţă între dorinţele lor şi ceea ce se întâmplă duce la reacţii emoţionale intense şi comportamentale negative. Morala este că stima de sine trebuie să fie undeva la nivel mediu, o stimă de sine prea scăzută sau prea crescută putând duce la probleme psihologice.

- Stima de sine se constituie prin procese iraţionale (dezadaptative) de prelucrare a informaţiei (pentru detalii vezi Ellis, 1994). Astfel, adesea stima de sine se bazează pe faptul că noi facem evaluări globale asupra propriei persoane pornind de la comportamentele noastre ţintă. Când comportamentele sunt performante atunci ne evaluăm pozitiv şi experienţiem trăiri afective pozitive, iar când comportamentele sunt neperformante ne evaluăm negativ şi experienţiem trăiri afective disfuncţionale negative (ex. de tip depresiv). Aceste evaluări sunt învăţate şi încurajate social. Ele constituie norma într-o societate modernă bazată pe autonomie, independenţă şi valorizarea excesivă a propriei persoane. În ciuda acestui lucru, evaluările globale care stau la baza constructului de stimă de sine nu sunt justificate logic şi ştiinţific. Ele corespund unei erori logice numită "saltul în argumentare" (vezi pentru detalii secţiunea 3.1.3.4 a acestei lucrări). Astfel, pornind de la câteva comportamente ţintă, noi facem o evaluare globală a propriei persoane, fără ca legătura să fie suficientă logic. Spre exemplu, dacă nu am luat un examen (şi am încă câteva performanţe scăzute) am tendinţa să spun că sunt neperformant (prost) şi prin urmare, uneori într-o astfel de situaţie voi experienţia trăiri afective disfuncţionale negative (ex. depresie). Din punct de vedere logic, eticheta de neperformant sugerează că şi comportamentele mele viitoare vor fi neperformante, pentru că un individ neperformant are şi va avea comportamente neperformante. Pe de altă parte, cercetările arată că aceste etichete şi trăsăturile de personalitate

acoperă doar aproximativ 30% din varianța comportamentului nostru (Mischel, 1968). Așadar, acest proces de evaluare globală este unul irațional căci el permite contradicții: un individ neperformant poate avea și comportamente performante! Deși irațional, acest proces este util atunci când avem comportamente performante căci ne face să ne simțim bine și valoroși. Trebuie însă să conștientizăm că atunci când comportamentele sunt neperformante tot el ne aruncă în suferință emoțională (ex. de tip depresiv). Avem altă variantă? Da, o variantă rațională. Varianta rațională este de a înlocui conceptul de stimă de sine cu cel de acceptare necondiționată care este logic corect și mai pragmatic (Ellis, 1994; Rogers, 1961). Așadar, în varianta rațională, noi evaluăm comportamentele noastre nu persoana. Persoana noastră este acceptată necondiționat indiferent de performanță, căci este prea complexă și în continuă schimbare pentru a fi evaluată global, pornind doar de la un eșantion de comportamente concrete în situații concrete. Spre exemplu, atunci când am un eșec voi spune că am avut un comportament neperformant nu că sunt neperformant ca persoană. Această filozofie se regăsește în marile religii ale lumii; spre exemplu în Creștinism ea este foarte bine reflectată de formula "pedepsim păcatul dar îl iertăm pe păcătos!". Acest mod de evaluare este unul logic, iar datele empirice (Chamberlain și Haaga, 2001; David și colab., 2002) arată că implementarea lui în viața de zi cu zi este un factor protectiv față de evenimentele stresante. Sigur, a realiza această implementare este greu, căci ea este contraintuitivă. Cercetările sugerează (Chamberlain și Haaga, 2001) că atunci când sunt învățați această "filosofie de viață validată empiric", cei mai mulți oameni o asimilează mai ușor astfel: când au performanțe pozitive se evaluează pozitiv (în termenii stimei de sine) iar când au performanțe negative își evaluează comportamentul fără a-și evalua persoana (în termenii acceptării necondiționate) aceasta ducând la emoții negative

funcționale (ex. tristețe) nu disfuncționale (ex. depresie). Este o modalitate pragmatică de a găsi o cale apropiată de raționalitate într-o societate care promovează un stil de gândire irațional!

Așadar, la o analiză riguroasă (Dawes, 1996), ceea ce arată studiile de specialitate este că stima de sine este asociată cu anumite aspecte psiho-comportamentale. Această asociere poate să varieze de la una foarte mică până la una foarte mare. Bazându-ne pe datele existente în literatura de specialitate, nu putem afirma însă că stima de sine este în general un factor cauzal fundamental pentru aspectele psiho-comportamentale și sănătatea psihică, și în consecință, programele de dezvoltare ale stimei de sine trebuie susținute prin educație publică. Acolo unde s-au implementat pe scară largă aceste programe de dezvoltare a stimei de sine fără a considera serios datele științifice, este locul unde politica în alianță cu simțul comun au ucis știința prin lobby!

3.1.3. *Probleme ale Psihopatologiei cu modalitățile de a face cercetare*

Psihopatologia are atât o latură de cercetare fundamentală cât și una de cercetare aplicată. Cercetarea aplicată utilizează cercetarea fundamentală din psihopatologie sau alte discipline colaterale, dar are și autonomie proprie, pornind adesea de la probleme concrete întâlnite în domeniu. Eu cred că, din păcate, Psihopatologia este extrem de inflexibilă și obtuză la rezultatele cercetărilor. Adesea Psihopatologia pare oarbă și indiferentă la ceea ce se întâmplă în cercetare, punând deseori dorința în fața fenomenului. Dacă cercetarea în domeniul Psihopatologiei este riguroasă atunci ne așteptăm: (1) ca rezultatele cercetării să se promoveze într-o manieră onestă, nondefensivă (aici voi analiza cazul antidepresivelor); (2) să existe o oarecare replicabilitate a rezultatelor (aici voi analiza cazul efectului placebo); (3) ca rezultatele să nu se generalizeze dincolo de datele existente și

să nu existe standarde duble în evaluarea rezultatelor cercetării (aici voi analiza cazul psihoterapiilor în psihosomatică) şi (4) ca criteriile logicii să ghideze discursul teoretic şi practic în cercetarea din domeniu (aici voi analiza modalitatea în care se realizează întemeierea logică în discursul ştiinţific al Psihopatologiei). Să vedem cum se regăsesc aceste predicţii în domeniu.

3.1.3.1. Cazul medicaţiei antidepresive sau Victoria marketing-ului împotriva ştiinţei (pentru detalii vezi Kirsch şi colab., 2002)

În această secţiune voi arăta cum se promovează tratamente în Psihopatologie într-o manieră distorsionată, pseudoştiinţifică. Pentru se aproba utilizarea unui medicament pentru diverse boli, în cazul subiecţilor umani trebuie parcurse anumite etape de cercetare fundamentală şi aplicată riguroase. Astfel, după numeroase studii pe animale care arată siguranţa şi eficienţa medicamentului propus, încep cercetările asupra subiecţilor umani. Cercetările în cazul subiecţilor umani parcurg cel puţin trei etape (USDHHS, 1999): (1) medicamentul se administrează unor subiecţi sănătoşi pentru a investiga efectele lui în organismul uman; (2) medicamentul se administrează unui grup restrâns de bolnavi suferinzi de boala pe care se presupune că o tratăm cu medicamentul respectiv şi (3) dacă rezultatele primelor două etape sunt încurajatoare, atunci medicamentul este investigat pe scară largă. În etapa a treia adesea se utilizează trei loturi de pacienţi. Un lot de pacienţi primeşte tratamentul clasic sau (dacă este posibil) nici un tratament. Un alt lot de pacienţi primeşte un tratament de tip placebo; li se spune că primesc medicaţie dar în schimb primesc capsule care nu conţin nici o substanţă activă. Un al treilea grup primeşte tratamentul care se doreşte a fi investigat. Ca să fie aprobat, noul medicament trebuie să fie mai eficient prin comparaţie cu celelalte două condiţii. În SUA, organizaţia care examinează aceste studii şi care hotărăşte

dacă un tratament este sau nu aprobat pentru utilizare pe scară largă este "Food and Drug Administration" (FDA). Din 1987 până în 1999 FDA a aprobat şase din cele mai cunoscute şi mai utilizate medicamente antidepresive:

- Fluoxetină (Prozac);
- Paroxetină (Paxil);
- Sertraline (Zoloft);
- Venlafaxine (Effexor);
- Nefazodone (Serzone);
- Citalopram (Celexa).

Studiile pe baza cărora FDA a luat decizia de a aproba utilizarea acestor antidepresive au fost recent analizate de către Kirsch şi colab., 2002. Făcând uz de prevederile Constituţiei Americane şi de cele privitoare la "Accesul Liber la Informaţie" (Freedom of Information Act) Kirsch şi colab. au obţinut bazele de date originale în virtutea cărora s-a aprobat de către FDA utilizarea acestor medicamente. Analizând aceste date, ei au observat că cele mai bune rezultate s-au obţinut în grupul care a fost tratat cu medicaţie, apoi în grupul placebo şi apoi în grupurile de control (acolo unde a fost cazul). Aşadar, decizia FDA a fost pe deplin justificată. Însă Kirsch şi colab. au observat în acelaşi timp că deşi diferenţa dintre grupul cu medicaţie antidepresivă şi grupul placebo este semnificativă statistic, semnificaţia clinică (ecologică) este nesemnificativă. Mai precis spus, peste 80% din efectul medicaţiei antidepresive a fost găsit şi în grupul placebo; diferenţa dintre grupul placebo şi cel tratat cu antidepresive a fost de două puncte pe Scala de Depresie Hamilton, efect clinic (ecologic) neglijabil.

Menţionăm că aceste rezultate s-au obţinut în condiţiile în care efectul placebo este redus prin procedura de cercetare utilizată de studiile clinice controlate din domeniul farmacologiei (pentru detalii vezi Kirsch, 1990; 1999). Astfel:

o *Adeseă s-a utilizat un placebo pasiv şi nu unul activ.* Medicaţia are o mulţime de efecte biologice nespecifice (ex. creşterea temperaturii) care întăresc încrederea pacientului că este tratat cu medicaţie activă. În grupul placebo pasiv aceste efecte lipsesc şi subiectul poate realiza că se află în grupul placebo, care nu primeşte un tratament real. Acest lucru afectează negativ efectul placebo care se bazează tocmai pe faptul că pacientul crede cu tărie că primeşte un tratament activ (real). Utilizarea unor grupuri placebo active (ex. se utilizează o substanţă care nu are efecte specifice asupra tulburării tratate dar are efecte nespecifice –creşterea temperaturii) ar fi de dorit şi ar duce la o mai corectă evaluare a efectului specific al medicaţiei.

o *În cele mai multe studii, pacienţilor li s-a spus că există 50% şansă să fie în grupul cu tratament activ şi 50% şansă să fie în grupul placebo.* Această informaţie reduce semnificativ efectul placebo care se bazează, prin natura lui, pe faptul că pacientul crede cu tărie (spre 100%) că primeşte un tratament activ. În practica clinică, în condiţiile în care se administrează medicaţie placebo, pacientul este convins că primeşte medicaţie activă. În aceste condiţii, clinicianul nu îi spune pacientului că "poate îţi dau medicaţie, poate îţi dau un tratament placebo". Aşadar, studiile clinice controlate subevaluează impactul efectului placebo, aşa cum se manifestă el în practica clinică.

Ecoul acestor rezultate extrem de interesante a fost redus în grupul de psihiatri. Spre exemplu, Asociaţiile profesionale importante nu au luat o atitudine oficială la aceste rezultate! De asemenea, companiile farmaceutice continuă să promoveze medicaţia antidepresivă fără a menţiona însă explicit rolul fundamental al factorilor psihologici - efectul placebo - care acoperă cea mai mare parte din eficienţa acestei medicaţii. Este ciudat cum această "schizofrenie" în domeniu duce la focalizarea resurselor de timp, bani şi energie pe investigarea unei

componente cu efecte mici, în timp ce componentele care aduc contribuţia cea mai importantă la efectele medicaţiei antidepresive – componenta psihologică – este ignorată şi nepromovată. Altfel spus, în loc să încercăm să maximalizăm şi să utilizăm eficient efectul componentei placebo din medicaţia antidepresivă – care acoperă 80% din rezultate-, în mod obsesiv încercăm să promovăm componenta biologic activă care acoperă 20% din rezultate. Tipic pentru industria farmaceutică, adesea vânzările – graba de a pune în vânzare un nou produs medicamentos deşi încă nu avem suficiente date despre modul în care acesta funcţionează – sunt puse înainte datelor ştiinţifice şi uneori chiar înainte siguranţei pacienţilor. Putem da numeroase exemple care să confirme cele afirmate. Iată câteva. *Cazul antidepresivelor* descris mai sus arată victoria vânzărilor asupra datelor ştiinţifice, iar exemplele pe care le voi prezenta în continuare arată victoria vânzărilor asupra siguranţei pacienţilor. Spre exemplu, *Rezulin-ul* a fost un medicament utilizat în diabet care a fost produs de Warner-Lambert Company (acum Pfizer). În anul 2000 însă FDA a cerut retragerea lui de pe piaţă (deşi înainte a fost aprobat tot de către FDA) deoarece s-a observat că acest medicament are o mulţime de efecte secundare severe (ex. afectează ficatul). Un alt exemplu este *Fenoterol-ul* (produs de Boehringer Ingelheim Company), un bronhodilatator care a fost utilizat pentru a trata astmul bronşic. Din păcate el genera ca efecte secundare tulburări cardiovasculare şi după ce a fost utilizat în tratament o bună perioadă de timp a fost retras de pe piaţa. Exemplele pot continua!

3.1.3.2. Cazul efectului placebo sau Cum să ucizi cu mâinile curate (pentru detalii vezi David şi Montgomery, 2001)

Introducere

În această secţiune voi arăta, prin analiza modului în care efectul placebo este tratat în domeniul medical, cum cercetarea

din acest domeniu în general, şi deci şi cea din psihopatologie în special, este distorsionată de factori externi ştiinţei. Efectul placebo este greu de definit într-o manieră satisfăcătoare. În cercetarea clinică, placebo se referă la tratamentele oferite grupurilor de control, tratamente similare cu cele ale grupurilor experimentale, însă fără componentele active şi specifice ale acestora. Efectele tratamentului placebo se numesc efecte placebo. Începând cu anul 1950, instituţiile medicale au început să recunoască că tratamentele cu placebo au efecte puternice. S-a presupus atunci că tratamentele cu placebo au un mare grad de eficacitate clinică în tratarea şi ameliorarea unui spectru larg de tulburări, efectele placebo fiind prezente în aproape 35% din cazurile clinice (Beecher, 1955). Utilizarea actuală a tratamentului placebo în cercetările de farmacologice (ca şi grup de control) porneşte de la asumpţia că acesta poate ameliora semnificativ simptomele multor boli fizice sau tulburări psihice, fiind în acelaşi timp un fenomen bine documentat prin cercetările atât din domeniul medical cât şi din cel psihologic (vezi Kirsch, 1990).

În ciuda acestor concluzii aparent robuste din literatura de specialitate, recent, Hrobjartsson şi Goetzsche (2001) au publicat într-o revistă medicală prestigioasă un studiu de metaanaliză în care au încorporat toate studiile clinice controlate asupra efectului placebo versus grup de control efectuate până în 1998. În fiecare studiu ei au comparat performanţa grupului placebo cu cea a unui grup de control (nu primea tratament sau era pe o listă de aşteptare) luând în calcul o singură variabilă dependentă (cea mai importantă pentru studiu sau, dacă nu se preciza acest lucru, cea pe care autorii metaanalizei au considerat-o cea mai importantă pentru pacienţi). Concluzia studiului lor este surprinzătoare: există puţine dovezi care să ateste efectele clinice puternice ale tratamentului cu placebo şi prin urmare, nu există nimic care să justifice utilizarea acestuia pe o scară largă în

practica sau cercetarea clinică. Autorii acestei metaanalize cantitative sugerează că efectele puternice ale tratamentelor cu placebo obţinute în studiile anterioare pot fi simple artefacte sau se pot datora unor greşeli în demersul metodologic. Dacă această meta-analiză realizată de Hrobjartsson şi Goetzsche, cu rezultatele ei provocatoare şi oarecum neaşteptate, ar fi fost publicată într-o revistă medicală mai puţin prestigioasă, nu ar fi primit probabil atenţia cuvenită din partea lumii ştiinţifice. Dar fiind publicată într-una din cele mai prestigioase reviste medicale –"New England Journal of Medicine" – (NEJM), revistă care are un factor de impact în jurul valorii de 30 (cea mai mare valoare între revistele medicale), această cercetare merită o analiză mult mai detaliată în contextul analizei ştiinţei şi pseudoştiinţei în domeniul psihopatologiei. Aşadar, pentru a înţelege mai bine factorii responsabili pentru rezultatele contradictorii obţinute până acum de studiile asupra efectului placebo, am realizat o analiză psihosocială amănunţită a tuturor cercetărilor clinice incluse în metaanaliza realizată de Hrobjartsson şi Goetzsche. Am fost interesaţi "dacă", "cum" şi "în ce măsură" factorii psihosociali (ex. pregătirea profesională a cercetătorilor) au avut o contribuţie la obţinerea rezultatelor studiilor asupra efectului placebo. Această idee nu este însă una nouă şi nici lipsită de suport logic. Două abordări ştiinţifice vin în sprijinul acestui demers şi a acestei idei.

Prima abordare este legată de cercetările privind "efectul experimentatorului". În 1967, Rosenthal oferea dovezi în sprijinul ideii conform căreia (1) mesajele implicite ale experimentatorului pot influenţa performanţa subiecţilor la sarcina experimentală şi (2) rezultatele cercetării pot fi parţial prezise cunoscându-se caracteristicile experimentatorului. Studiile lui Rosenthal au pus în evidenţă faptul că orientarea experimentatorului, prin expectanţe sau scopuri către rezultatele cercetării, poate influenţa şi determina parţial aceste rezultate.

Acest "efect al experimentatorului" pare a fi un aspect comun multor cercetări medicale și psihologice, el fiind reprezentat de influența expectanțelor experimentatorului asupra rezultatele obținute (Rosenthal, 1967; 1994). Dovezi clare privind acest efect sunt aduse de cercetări din domeniul medicinei, al psihologiei clinice, de studii care utilizează chestionare sau de cercetările experimentale asupra comportamentului uman (vezi pentru detalii Rosenthal, 1967; 1994). În consecință, ne putem aștepta ca expectanțele experimentatorului să aibă un impact puternic și asupra rezultatelor studiilor legate de efectul placebo, pentru că cele două fenomene - atât efectul placebo cât și "efectul experimentatorului" - sunt legate de expectanțe (Kirsch, 1990; Rosenthal, 1976). Astfel, expectanțele pacienților sunt factori care mediază efectul tratamentului cu placebo sau cel puțin ele au o contribuție semnificativă în obținerea acestui efect. Expectanțele sunt definite ca fiind anticipări auto-confirmatoare ale reacțiilor automate date la stimuli sau amorse situaționale specifice (Kirsch, 1990). Prin urmare, efectul placebo pare a fi mult mai vulnerabil la "efectul experimentatorului" în comparație cu alte fenomene psihologice.

Un tip particular de "efect al experimentatorului" este acela prin care experimentatorul influențează implicit răspunsurile subiecților în direcția ipotezei emise de el sau în direcția expectanțelor proprii față de rezultatele viitoarelor cercetări. Potrivit cercetărilor lui Rosenthal (1967; 1994) în acest caz "efectul experimentatorului" poate fi influențat de:

- pregătirea și experiența profesională a cercetătorului principal;
- contextul fizic în care cercetătorul realizează experimentul;
- influența experimentatorului asupra operatorilor și asistenților de cercetare, precum și de relația lui cu aceștia.

Aceste trei aspecte enumerate mai sus pot avea numeroase consecințe asupra studiilor legate de efectul placebo. În concordanță cu ideile emise anterior, ne putem aștepta să găsim o relație între pregătirea profesională a cercetătorului care realizează studiul și rezultatele studiului care investighează efectul placebo. Mai specific, credem că pot exista diferențe semnificative între cei cu pregătire medicală (ex. medici, asistenți medicali) și cei fără pregătire medicală (psihologi, biologi, cercetători în domeniul educației etc.) în privința rezultatelor obținute în studiile asupra efectului placebo. Datorită faptului că în studiile analizate de noi și incluse în metaanaliza lui Hrobjartsson și Goetzsche, 90% din cei cu pregătire medicală sunt medici (procentul rămas de 10% fiind reprezentat de asistenți medicali) și aproximativ 90% din cei fără o pregătire medicală sunt doctori în alte domenii decât medicina (cei mai mulți sunt psihologi) mă voi referi la ei denumindu-i medici pe de o parte și cercetători fără pregătire medicală, pe de altă parte. Medicii sunt pregătiți în spiritul modelului bio-medical și practica lor este legată de administrarea de medicamente. Prin urmare, acest tip de pregătire teoretică și de activitate practică poate conduce la modelarea unor expectanțe care nu sunt favorabile efectului placebo. Potrivit studiilor lui Rosenthal, ar fi de așteptat ca efectul placebo să fie mai puțin observat în studiile realizate de medici. Pe de altă parte, cercetătorii care nu au o pregătire medicală nu sunt constrânși de activitatea lor în a considera efectul placebo o amenințare. Aceasta se datorează faptului că ei nu administrează medicamente care conțin substanțe active. Mai mult decât atât, pentru mulți dintre ei (ex. psihologi) efectul placebo este o problemă de tip "puzzle", problemă a cărei soluție întărește și extinde scopul paradigmei în care lucrează (Kuhn, 1962). Prin urmare, pentru acei cercetători fără pregătire medicală, existența efectului placebo este potrivită cu contextul teoretic și practic în care lucrează. Așadar, credem că este mult mai probabil să găsim

un efect placebo în studiile efectuate de cercetătorii fără pregătire medicală. Potrivit teoriei emise de Rosenthal (1967), predicția generală privind impactul pregătirii profesionale (cercetători cu sau fără pregătire medicală) asupra rezultatelor studiilor care investighează efectul placebo ar fi putut fi îmbunătățită prin luarea în considerare a unui factor adițional. Acesta se referă la afilierea academică (medicală vs. non-medicală), care este legată de contextul fizic în care se desfășoară cercetarea. Cu toate acestea, nu am putut include acest factor în acest studiu din următoarele motive: (1) nu a fost în mod clar specificat în articolele analizate și/ sau (2) chiar dacă acest aspect a fost specificat, a fost mult prea general pentru a putea deduce corect afilierea academică specifică (context medical versus context non-medical) a cercetătorilor principali (ex. cercetător la Universitatea din Londra).

A doua abordare științifică care susține ideea influenței factorilor psihosociali (ex. pregătirea profesională) asupra obținerii efectului placebo derivă din filozofia științei. Astfel, unul din factorii care ar putea influența rezultatele cercetărilor privind efectul placebo este contextul social în care este realizată cercetarea. După cum afirmă Kuhn (1962), orice cercetare este realizată într-o paradigmă. Așa cum am mai spus, o paradigmă reprezintă o colecție de proceduri și idei prin care cercetătorii sunt instruiți implicit "ce să creadă", "cum să realizeze studiile" și "care sunt rezultatele pe care ar trebui să le accepte". Cercetătorii încearcă să rezolve doar probleme de tip "puzzle". O problemă de tip "puzzle" este congruentă cu paradigma și soluția ei întărește respectiva paradigmă. Efectul placebo este o astfel de problemă pentru cercetătorii fără pregătire medicală întrucât cercetările asupra acestui fenomen întăresc și extind în același timp paradigma lor de lucru (ex. pentru psihologi). Dacă efectul placebo ar constitui o problemă de tip "puzzle" pentru cercetătorii cu pregătire medicală, ne-am aștepta ca diferențele

dintre aceștia și cei fără pregătire medicală în studiile asupra efectului placebo să fie mult atenuate. Așa cum am mai afirmat pe parcursul acestei lucrări, un anumit fenomen devine o problemă de tip "puzzle" atunci când: (1) un număr mare de cercetători dintr-un domeniu sunt implicați în rezolvarea lui și (2) acesta nu este neglijat și devine obiectul principal al cercetării. Așadar, cu cât este mai mare numărul de medici care investighează efectul placebo într-un domeniu specific, cu atât crește probabilitatea de a găsi efecte pro-placebo în studiile respective și cu atât diferențele în rezultatele obținute dintre cei cu și fără pregătire medicală vor fi mai reduse. Desigur, s-ar putea spune că studiile analizate aici și incluse în metaanaliza lui Hrobjartsson și Goetzsche au fost elaborate în așa fel încât să evite distorsiunile aduse de "efectul experimentatorului" (Rosenthal, 1967) și de paradigma în care s-au realizat (Kuhn, 1962). Spre exemplu, Hrobjartsson și Goetzsche au exclus anumite studii dacă persoana care evalua rezultatele știa în care grup este pacientul. De asemenea, 79% din studiile incluse în metaanaliză nu menționează ca obiectiv explicit evaluarea efectului placebo. Aceasta înseamnă că în aceste studii, efectul placebo nu este chiar o problemă de tip "puzzle". În plus, s-ar putea spune că "efectul experimentatorului" nu este chiar o eroare sistematică în cercetări. Cu toate că Rosenthal (1967; 1994) arată că acest efect este puternic, alți autori arată că distorsiunea produsă de "efectul experimentatorului" este aproape neglijabilă (Barber, 1969; Jansseu, 1973). Consider aceste contra-argumente drept întrebări empirice. Rosenthal a arătat faptul că există mai multe modalități prin care experimentatorul poate influența răspunsurile subiecților. Unele dintre acestea nu se supun controlului experimental (vezi Rosenthal, 1967; 1994). Spre exemplu, cercetătorul principal poate transmite expectanțele sale asistenților săi de cercetare, iar aceștia pot la rândul lor influența inconștient (ex. prin modul

de interacțiune socială, prin modul de comunicare) răspunsurile subiecților. Prin urmare, dacă "efectul experimentatorului" există și el afectează rezultatele studiilor care investighează efectul placebo, atunci acest lucru ar trebui să transpară în investigația noastră. Așadar, ar trebui să obținem pattern-uri diferite de răspunsuri placebo în cazul studiilor efectuate de medici în comparație cu cele realizate de cercetători fără pregătire medicală. Dacă în schimb acest "efect al experimentatorului" este inexistent, atunci nu va fi pus în evidență nici un efect al pregătirii profesionale a cercetătorului asupra rezultatelor experimentale în studiile vizând efectul placebo.

Așadar, un prim obiectiv al studiului de față este acela de a realiza o analiză psihosocială amănunțită a cercetărilor incluse în metaanaliza lui Hrobjartsson și Goetzsche. Pornim de la asumpția că rezultatele studiilor vor fi afectate de pregătirea profesională a cercetătorului principal (cu și respectiv fără pregătire medicală). Mai exact, ne așteptăm ca proporția de efecte pro-placebo în studiile realizate de cei fără pregătire medicală să fie mai mare decât proporția de efecte contra-placebo în studiile acelorași cercetători. În cazul studiilor realizate de medici, ne așteptăm ca proporția celor care obțin efecte pro-placebo să fie mai mică sau să nu difere în mod semnificativ de proporția celor care obțin efecte contra-placebo. Facem de asemenea predicția conform căreia diferențele datorate pregătirii profesionale vor fi mult reduse dacă efectul placebo devine o problemă de tip "puzzle" pentru cercetătorii cu pregătire medicală (problema de tip "puzzle" fiind definită aici prin numărul mare de persoane implicate în studiul efectului placebo).

Selecția studiilor. Am analizat toate studiile folosite de Hrobjartsson și Gotysche (2001) în metaanaliza lor. În meta-analiza originală ei au inclus 114 studii, pe care le-au grupat în 5 categorii: (1) Psihiatrie; (2) Neprologie; (3) Ginecologie și

Obstetrică; (4) Medicină internă; (5) Chirurgie și Anesteziologie. Am exclus un studiu semnat cu un pseudonim (Grecho, U292 Insern, Arc și Grepa, 1989) deoarece cercetători aveau pregătiri diferite (atât medici cât și cercetători fără pregătire medicală) și nu am putut afla cine este autorul principal al studiului. Am mai exclus două studii (Benedetti și colab., 1995; Hanshish și colab., 1988) ale căror autori (1) au publicat un alt studiu (inclus în analiza de față), (2) studiu care avea aceleași temă și (3) în care autorii au obținut aceleași rezultate. Am exclus aceste studii pentru a evita posibilitatea ca datele să fie influențate de un autor care contribuie cu mai mult de o cercetare pe aceeași temă, cu aceleași rezultate. În total, am inclus 111 studii dintre studiile care au participat la meta-analiza originală.

Selecția datelor. Au fost extrase datele privitoare la pregătire cercetătorului principal (primul autor al studiului). Am folosit resurse de pe Internet, iar în cazul în care aceste informații nu au putut fi extrase din articolul inclus în metaanaliză sau de pe Internet, am contactat direct autorii.

Sinteza datelor. Am făcut o analiză globală (toate cele 111 studii incluse în metaanaliză) și câte o analiză pentru fiecare categorie medicală specifică: (1) Psihiatrie; (2) Neurologie; (3) Ginecologie și Obstetrică; (4) Medicină internă; (5) Chirurgie și Anesteziologie. În fiecare analiză am folosit doi indicatori. *Primul indicator* se referă la tendința efectului placebo (placebo trend analysis). Comparând grupul placebo cu cel de control în cazul studiilor cu variabile dependente dihotomice, un risc relativ mai mic de 1 indică un efect pozitiv al tratamentului placebo. Dacă riscul relativ este mai mare sau egal cu 1, aceasta este o dovadă împotriva existenței efectului placebo. Pentru studiile care au utilizat variabile dependente continue, Hrobjartsson și Gotysche au calculat diferența standard de medii între grupul placebo și cel de control. O valoare de -1 semnifică un efect placebo puternic. O valoare de 0 sau +1 este o dovadă împotriva

existenței efectului placebo. Atât în cazul analizei specifice, pentru fiecare categorie medicală, cât și în cazul analizei globale, am calculat pentru cercetătorii fără pregătire medicală și pentru medici proporția de studii pro-placebo și contra-placebo. *Cel de al doilea indicator* se referă la implicarea în domeniu - implicare în studierea efectului placebo, pe baza numărului de articole incluse în metaanaliza lui Hrobjartsson și Goetzsche. Am luat în calcul proporțiile de cercetători pro și contra-placebo în fiecare condiție medicală specifică separat pentru cercetătorii fără pregătire medicală, respectiv pentru medici. În cazul analizei globale, am luat în calcul proporția de cercetători fără pregătire medicală și medici ca un indicator preliminar al contribuției generale în domeniu.

Rezultate

Categoria studiilor efectuate de medici include 42 de cercetări ale căror cercetător principal este un medic și 5 cercetări ale căror cercetător principal este o asistentă medicală. Categoria studiilor efectuate de cerçetători fără pregătire medicală include 62 de cercetări ale căror autor principal are titlul de doctor (ex. în psihologie, educație) și 2 cercetări ale căror autor principal este absolvent de program de Master.

Analiza generală

Tendința efectului placebo. Rezultatele noastre arată că 73% dintre cercetătorii fără pregătire medicală au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce doar 27% au găsit o tendință negativă ($p<0.01$). În cazul categoriei medici doar 57% dintre medici au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce 43% dintre ei au găsit o tendință negativă ($p>0.10$).

Contribuția generală în domeniu. Cercetările asupra efectului placebo incluse în studiul nostru și în metaanaliza realizată de Hrobjartsson și Gotysche (2001) au fost realizate de către cercetători fără pregătire medicală în proporție de 58% și de către medici în proporție de 42% ($p>0.10$).

Psihiatrie (28 de studii)

Tendința efectului placebo. Rezultatele noastre arată că 71% dintre cercetătorii fără pregătire medicală au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce doar 29% au găsit o tendință negativă ($p<0.01$). În cazul categoriei medici doar 43% dintre medici au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce 57% dintre ei au găsit o tendință negativă ($p>0.10$).

Implicarea în domeniu. Implicarea cercetătorilor fără pregătire medicală în cercetarea efectului placebo în psihiatrie este de 32,81% (dintre toți cercetătorii fără pregătire medicală) iar implicarea medicilor este de 14,89% (dintre toți medicii).

Medicină internă (38 de studii)

Tendința efectului placebo. Rezultatele noastre arată că 67% dintre cercetătorii fără pregătire medicală au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce doar 33% au găsit o tendință negativă ($p<0.01$). În cazul categoriei medici, 64% dintre ei au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce 37% au găsit o tendință negativă ($p>0.10$).

Implicarea în domeniu. Implicarea cercetătorilor fără pregătire medicală în cercetarea efectului placebo în medicina internă este de 37,5% (dintre toți cercetătorii fără pregătire medicală) iar implicarea medicilor este de 29,78% (dintre toți medicii).

Chirurgie și Anesteziologie (33 de studii)

Tendința efectului placebo. Rezultatele noastre arată că 71% dintre cercetătorii fără pregătire medicală au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce doar 29% au găsit o tendință negativă ($p<0.001$). În cazul categoriei medici, 69% dintre medici au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce 31% au găsit o tendință negativă ($p<0.001$).

Implicarea în domeniu. Implicarea cercetătorilor fără pregătire medicală în cercetarea efectului placebo în chirurgie

și anesteziologie este de 25% (dintre toți cercetătorii fără pregătire medicală) iar implicarea medicilor este de 36,17% (dintre toți medicii).

Neurologie (6 studii)

Tendința efectului placebo. Rezultatele noastre arată că 2 dintre cercetătorii fără pregătire medicală au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce nici unul nu a găsit o tendință negativă. În cazul categoriei medici, 2 dintre medici au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce 2 au găsit o tendință negativă.

Implicarea în domeniu. Implicarea cercetătorilor fără pregătire medicală în cercetarea efectului placebo în neurologie este de 3,12% (dintre toți cercetătorii fără pregătire medicală) iar implicarea medicilor este de 8,51% (dintre toți medicii).

Ginecologie și Obstetrică (6 studii)

Tendința efectului placebo. Rezultatele noastre arată că 1 cercetător fără pregătire medicală a găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce nici un cercetător fără pregătire medicală nu a găsit o tendință negativă. În cazul categoriei medici, 2 dintre medici au găsit o tendință pozitivă pentru efectul placebo, în timp ce 3 au găsit o tendință negativă.

Implicarea în domeniu. Implicarea cercetătorilor fără pregătire medicală în cercetarea efectului placebo în ginecologie și obstetrică este de 1,5% (dintre toți cercetătorii fără pregătire medicală) iar implicarea medicilor este de 10,63% (dintre toți medicii).

Concluzii și discuții

În ceea ce privește riscul relativ și mărimea efectelor, cercetarea noastră a evidențiat că numărul cercetătorilor fără pregătire medicală care au găsit un efect pozitiv al intervenției de tip placebo este semnificativ mai mare decât numărul cercetătorilor fără pregătire medicală care nu au găsit acest efect. Efectul placebo pentru cercetătorii fără pregătire medicală este

consistent evidențiat atât în analiza globală cât și în cadrul fiecărei categorii medicale specifice. În ceea ce privește medicii, rezultatele par a fi influențate de măsura în care aceștia au fost implicați în cercetarea efectului placebo, după cum rezultă din analiza categoriilor specifice. Cu cât este mai mare implicarea medicilor în această arie de cercetare, cu atât este mai mare probabilitatea evidențierii unui efect pro-placebo. De exemplu, în domeniile în care implicarea medicilor este mai mare, de 27,78% (medicină internă) și respectiv de 36,17% (chirurgie), aceștia au găsit efecte pro-placebo. În domeniile în care implicarea medicilor este mai redusă (ex. în psihiatrie–14,84%; neurologie–8,51%; ginecologie și obstetrică–10,63%) rezultatele obținute nu evidențiază efecte pro-placebo. În concluzie, pattern-ul pozitiv de evidențiere a efectului placebo rămâne constant în studiile realizate de cercetătorii fără pregătire medicală și este favorabil efectului placebo, indiferent de gradul de implicare al cercetătorilor fără pregătire medicală sau al medicilor. Tendința pozitivă sau negativă a studiilor realizate de medici depinde de gradul lor de implicare în cercetarea privind efectul placebo într-un anumit domeniu medical. Astfel, cu cât este mai mare proporția de medici care realizează cercetări asupra efectului placebo într-un anumit domeniu medical, cu atât este mai mare probabilitatea evidențierii unei tendințe pozitive pentru efectul placebo în acele cercetări.

În concluzie, ipotezele studiului au fost confirmate. Aceste ipoteze susțin ideea că rezultatele studiilor asupra efectului placebo sunt influențate de: (1) pregătirea profesională a cercetătorului/investigatorului principal și/sau (2) de gradul de implicare în domeniul de investigare al efectului placebo al persoanelor cu o anumită pregătire profesională. Este probabil ca metaanaliza realizată de Hrobajartsson și Gotzsche (2001) să evidențieze aspecte interesante în ceea ce privește mărimea efectului placebo, dacă studiile analizate ar fi grupate pe

următoarele categorii: studii efectuate de cercetători fără pregătire medicală, studii efectuate de medici, studii realizate de cercetători fără pregătire medicală într-un domeniu cu implicare mare a medicilor şi studii efectuate de medici în domenii cu implicare ridicată a cercetători fără pregătire medicală. Analizele viitoare ar trebui să investigheze acest aspect.

Cum pot fi aceste rezultate şi concluzii integrate în contextul cercetării ştiinţifice? Consider că răspunsul la această întrebare depinde de asumpţiile epistemologice de la care pornim. În cele ce urmează voi discuta rezultatele obţinute în contextul a patru sisteme epistemologice diferite.

Dacă se porneşte de la sistemul pozitivist, aşa cum este definit de Carnap (1937), este dificil să integrăm aceste rezultate. Pozitiviştii consideră că oamenii de ştiinţă pot demonstra o teorie prin proceduri inductive şi observaţii empirice repetate. Evident, acestea nu sunt valabile în ceea ce priveşte cercetarea efectului placebo. Observaţiile empirice repetate sunt prea heterogene pentru a confirma sau a infirma teoria efectului placebo. Este interesant că rezultatele par a deveni predictibile în funcţie de pregătirea profesională a cercetătorului principal!

Pe de altă parte, conform raţionalismului critic, esenţa ştiinţei constă în procesul de falsificabilitate (Popper, 1959; 1985). Omul de ştiinţă propune o ipoteză pe care apoi încearcă să o infirme utilizând dovezi empirice. Din analiza datelor este din nou evident că, în cercetarea asupra efectului placebo, nu poate fi aplicat acest demers. Rezultatele studiilor par a fi congruente cu tipul de formare academică a experimentatorului, iar cercetătorii încearcă mai degrabă să îşi confirme ipotezele decât să le infirme.

Conform lui Kuhn (1962), activitatea ştiinţifică este organizată de o paradigmă. Omul de ştiinţă nu pune sub semnul întrebării aproape niciodată paradigma şi rezolvă probleme "puzzle". Aşa cum am mai spus, o problemă "puzzle" este o

problemă a cărei soluţie întăreşte şi extinde scopul paradigmei şi nu pune paradigma sub semnul întrebării. Întotdeauna există anomalii pe care paradigma nu le poate explicita sau care chiar o contrazic. Dar anomaliile sunt ignorate de paradigmă, până când se acumulează pentru a declanşa o revoluţie în respectivul domeniu. Acest cadru teoretic pare a se potrivi cu rezultatele studiului nostru. Paradigma elaborată de cercetătorii fără pregătire medicală (ex. modelul psihologic) poate explica cu uşurinţă efectul placebo şi consecinţele sale şi aşadar, numărul cercetătorilor fără pregătire medicală pro-placebo este mai mare decât numărul cercetătorilor fără pregătire medicală contra-placebo. Pe de altă parte, paradigma încă dominantă în practica medicală (ex. modelul biomedical) este mai puţin favorabilă efectului placebo. Placebo-ul reprezintă o ameninţare nu numai pentru diferite aspecte teoretice (ex. modelul bio-medical) dar şi pentru practica medicală în general (ex. administrarea de medicamente) şi pentru industria farmaceutică în particular (ex. producţia de medicamente). Pentru medici efectul placebo este mai degrabă similar cu o anomalie decât cu o problemă "puzzle". Dacă anomalia devine problemă "puzzle" atunci tendinţa ar trebui să fie inversată. Într-adevăr, am evidenţiat aici că odată cu creşterea numărului de medici implicaţi în cercetarea efectului placebo, rezultatele devin mai favorabile acestuia. Altfel spus, fenomenul placebo era de găsit doar dacă mulţi profesionişti credeau în existenţa lui! Totuşi, nu este încă clar modul în care o paradigmă influenţează munca fiecărui cercetător. O posibilă explicaţie ar fi congruenţă cu teoria lui Rosenthal (1967; 1994). Paradigma influenţează expectanţele investigatorilor care, la rândul lor, pot influenţa rezultatele cercetărilor. Totuşi şi alte explicaţii alternative sunt posibile. De exemplu, este posibil ca cercetători fără pregătire medicală şi medicii să utilizeze strategii diferite de cercetare, iar diferenţele dintre rezultate să se datoreze acestor strategii diferite de

cercetare. O analiză viitoare ar trebui să investigheze aceste posibilități. În contextul paradigmei lui Kuhn, voi prezenta patru cazuri care arată cum o paradigmă sau/și opțiunile personale, au influențat rezultatele metaanalizei lui Hrobajartsson și Gotzsche. *Primul caz* se referă la modalitatea de selectare a studiilor. Hrobajartsson și Gotzsche (2001) au ignorat unele studii utilizate în metaanalize anterioare, printre care și studiul important realizat de Paul (1966), în care efectele placebo-ului psihologic au fost mult mai puternice față de condiția de control. Această scotomizare a realității este o practică tipică pentru cercetarea în psihofarmacologie. În SUA spre exemplu, pentru a se aproba utilizarea unui nou produs medicamentos de către FDA, trebuie să se arate în cel puțin două studii clinice controlate (RCT) că acest produs este eficient prin raportare la un grup de control și/sau unul placebo. Pentru a obține aceste date adesea se fac mult mai multe studii, dar cele în care medicația nu s-a dovedit eficientă adesea nu sunt publicate (Kirsch și colab., 2002). *Al doilea caz* surprinde modul în care sunt selectate rezultatele fiecărui studiu în cadrul unei metaanalize. Hrobajartsson și Gotzsche (2001) menționează că, în condițiile în care efectul principal al unui studiu nu era indicat în mod explicit de autorul acelui studiu, au utilizat efectul pe care l-au considerat ei a fi cel mai relevant pentru pacienți. În studiul realizat de Lorr și colab., (1961) din cele 12 variabile dependente ale tratamentului (ex. 9 cu tendințe pro-placebo: anxietate manifestă, adjective care denotă anxietate, adjective care denotă ostilitate, ostilitate directă, disconfort somatic, disconfort psihologic, adjective care denotă depresie, adjective care denotă inerție, adjective care denotă activitate și 3 cu tendințe contra-placebo: anxietate situațională, anxietate indirectă și ostilitate situațională), autorii au inclus în metaanaliză numai un efect contra-placebo (ex. anxietatea situațională). În consecință, în metaanaliza realizată de Hrobajartsson și Gotzsche (2001),

studiul mai sus menționat este utilizat pentru a reprezenta efectele contra-placebo!; se pare că efectele incluse sunt congruente mai mult cu expectanțele autorilor Hrobajartsson și Gotzsche decât cu rezultatele studiului sau relevanța acestor rezultate pentru pacienți. Există mai multe studii incluse în metaanaliză ale căror efecte au fost selectate în aceeași manieră distorsionată (ex. Canino și colab., 1994). *Al treilea caz* se referă la modalitatea de procesare a datelor. Este o greșeală evaluarea globală a mărimii efectului placebo, după maniera utilizată de Hrobajartsson și Gotzsche (2001). Placebo-uri diferite variază foarte mult în mărimea efectului și credibilității lor. De aceea este necesară evaluarea mărimii efectelor anumitor tipuri de placebo-uri pentru condiții medicale specifice nu în general. *Al patrulea caz* se referă la modalitatea de interpretare a datelor. Astfel, Hrobajartsson și Gotzsche (2001) au evidențiat o mărime a efectului placebo de 0,28 pentru studiile care utilizează scoruri continue pentru variabilele dependente și efecte nesemnificative în studiile care folosesc scoruri dihotomice (binare). Pe baza acestor date, autorii au concluzionat că există puține dovezi care susțin un efect placebo clinic puternic și de aceea nu se găsește o justificare pentru utilizarea tratamentului de tip placebo. Totuși, o interpretare alternativă poate susține că efectul placebo are un impact semnificativ (ex. o mărime a efectului de 0,28 arată că pacienții din grupurile cu tratament placebo au obținut rezultate mai bune decât 60% din pacienții grupului de control), dar este atenuat când rezultatele sunt condensate în categorii binare. De asemenea, chiar Hrobajartsson și Gotzsche (2001) au găsit un nivel de heterogenitate semnificativă statistic în rezultate, în toate condițiile de evaluare a efectului placebo (binar vs. continuu). Această situație validează prin ea însăși existența efectului placebo. Rămânând la interpretarea rezultatelor, Hrobajartsson și Gotzsche (2001) nu iau în considerare discrepanța dintre studiul realizat de ei și metaanalize anterioare (pentru o trecere a lor în

revistă, vezi Kirsch și Scoboria, 2001) asupra efectului placebo și nici măcar nu citează aceste meta-analize.

Un cadru epistemologic mai social și mai extremist este propus de Feyerabend (1975). Așa cum am mai spus, Feyerabend susține că nu există o logică în știință, și că oamenii de știință creează și aderă la teorii științifice din motive subiective și chiar iraționale. Ei fac orice este necesar pentru a avansa. Evident că nu apar probleme în integrarea rezultatelor obținute de noi în acest cadru epistemologic. Cercetători fără pregătire medicală par a fi dispuși să facă orice pentru a extinde domeniul lor de cercetare, iar medicii orice conservă abordarea propusă de ei. În acest cadru, se poate ridica o problemă de ordin etic, legată de metodele pe care oamenii de știință le utilizează pentru a-și extinde domeniul de activitate. În paradigma propusă de Kuhn, modalitățile de influențare par a fi implicite, iar efectul lor poate fi mediat de expectanțele implicite ale experimentatorului. Perspectiva lui Feyerabend nu mai impune însă această constrângere. De altfel, modalitățile postulate de această din urmă perspectivă sunt congruente cu utilizarea presiunii sociale (ex. presiunea sponsorului, afilierea) și a unor metode mai puțin "ortodoxe" (ex. neincluderea în studii a anumitor rezultate care nu susțin ipotezele, distorsiuni în modalitățile de prezentare și interpretare a datelor). În contextul acestui cadru epistemologic menționăm fenomenul de "opțiune a experimentatorului" (o subcategorie a "efectului experimentatorului") care este foarte cunoscut în cercetările clinice. Astfel, atât metaanalizele calitative cât și cele cantitative arată că variabilitatea rezultatelor studiilor clinice este asociată cu preferințele și expertiza echipelor de cercetare pentru un anumit tip de tratament (pentru o analiză detaliată vezi Chambless și Hollon, 1998). Autorii (Chambless și Hollon, 1998) preferă să creadă că aceste diferențe sunt date de incapacitatea echipei de cercetare de a implementa un tratament concurent celui pe care

ei îl preferă și nu de eforturi răuvoitoare de a influența rezultatele. În orice caz, aceste anomalii par a fi mai importante decât credem. Posibilitatea unei conduite neștiințifice în știință a început să preocupe tot mai mult comunitatea științifică și este, ca atare, examinată foarte serios. Spre exemplu riscul și conduita neștiințifică în știință au fost discutate de Schachman (1993) în influenta revistă "Science". Mai recent, "New England Journal of Medicine" a publicat un editorial despre sponsorizare, drepturi de autor și responsabilitate. În acest editorial se discută diferite norme care să încerce să protejeze cercetarea medicală de distorsiuni în cercetare și de diverse interese (ex. a sponsorului), care au devenit prea mari pentru a fi tolerate sub eticheta mult mai inofensivă de "efectul experimentatorului". Editorialul a fost semnat de 13 editori ai celor mai influente jurnale medicale internaționale (Davidoff și colab., 2001), care și-au exprimat îngrijorarea cu privire la cercetările medicale și la cercetările psihologice complementare. În contextul acestei paradigme epistemologice ar fi fost interesantă investigarea efectului pe care îl are sponsorizarea de către companiile farmaceutice a cercetărilor asupra efectului placebo — ca un posibil caz de presiune socială. Recent, unii medici și farmaciști responsabili au luat atitudine față de presiunile companiilor farmaceutice nu doar în manifeste teoretice de genul celui menționat mai sus (Davidoff și colab., 2001), ci și în activități practice. Astfel, unii dintre ei au alcătuit grupul numit "No Free Lunch" (*http://www.nofreelunch.org*) urmărind să reducă influența companiilor farmaceutice asupra activității lor și asupra cercetării și practicii în domeniul medical. Din păcate, informațiile referitoare la sponsorizările cercetării de către companiile farmaceutice nu sunt întotdeauna transparente în studiile publicate. Sperăm ca, urmându-se normele propuse de editorialul mai sus amintit (Davidoff și colab., 2001), acest tip de informație să devină accesibil în lucrările publicate, putând astfel judeca într-un context mai larg rezultatele obținute în diverse studii.

Ce soluții avem la această modalitate ciudată în care este tratat efectul placebo în cercetările clinice? Soluția depinde de cadrul epistemologic adoptat. În cadrul epistemologic al lui Kuhn și Feyerabend, nu avem nevoie de o soluție. Aceasta este modalitatea în care funcționează știința și nu este o problemă (Horgan, 1996).

În paradigma pozitivistă această problemă nu trebuie să existe dacă știința este aplicată în mod corect. Dacă există o astfel de problemă atunci una dintre părți (cercetătorii fără pregătire medicală sau medicii) greșește în aplicarea principiilor științifice. Dar pentru a decide cine are dreptate și cine se înșeală trebuie să folosim criterii subiective și problema este din nou pusă într-un cadru de lucru congruent cu Feyerabend sau Kuhn (vezi și Horgan, 1986). În paradigma pozitivistă această problemă nu poate exista sau, dacă există, nu are soluție.

În paradigma raționalismului critic această problemă este un semn că cercetătorii nu respectă criteriul falsificabilității. Ei încearcă să își confirme ipoteza, mai degrabă decât să o infirme. În această paradigmă soluția ar fi să se adere strict la raționalismul critic și la falsificabilitate. Astfel, trebuie găsit și sprijinit un grup de cercetători care nu sunt puternic influențați de teoria/paradigma proprie. Pentru ei efectul placebo nu ar trebui să fie nici o problemă "puzzle", nici o anomalie, ci doar o problemă științifică.

3.1.3.3. Cazul psihoterapiilor în psihosomatică. Victoria dorinței asupra datelor și Rezervare pentru locul doi (pentru detalii vezi David, 2003b)

În această secțiune voi arăta cum declarațiile devansează datele științifice în ceea ce privește unele aplicații ale psihopatologiei în domeniul tulburărilor somatice, generând așa numita paradigmă psihosomatică. În același timp voi arăta însă că alte modele cu aceleași limite ca cele ale modelului psihosomatic sunt acceptate ca riguroase datorită congruenței

lor cu paradigma domeniului. Încă din timpul lui Descartes, filosofia și știința occidentală au făcut o distincție arbitrară între minte și corp. Acest dualism este atât de bine reprezentat în felul nostru de a gândi, încât ne referim în mod obișnuit la minte și la corp ca și cum ar fi entități separate. Niciunde această confuzie nu este mai pregnantă ca în discuțiile despre tulburările psihosomatice (tulburări psihofiziologice) unde până și termenul "psihosomatic" evidențiază distincția arbitrară dintre minte și corp.

Prin tradiție, tulburările psihosomatice au fost definite prin următoarele caracteristici (pentru mai multe detalii a se vedea Price și Lynn, 1981): (1) sunt caracterizate de simptome fizice; (2) sunt cauzate de factori psihologici; (3) de obicei implică un sistem format dintr-un singur organ (single organ system) care se află sub controlul sistemului nervos vegetativ; (4) modificările fiziologice sunt aceleași cu cele asociate stărilor emoționale/psihologice normale, dar în tulburările psihosomatice modificările sunt mult mai intense și durează mai mult timp și (5) persoana poate să nu își dea seama de mecanismul psihologic implicat în tulburarea sa. Tulburările psihosomatice au fost distinse clar de tulburările/bolile organice prin gradul în care factorii psihologici sunt implicați în etiopatogeneza lor. În timp ce în tulburările/bolile organice se presupune că sunt implicate un număr limitat (dacă există) de mecanisme psihologice, în tulburările psihosomatice se presupune că mecanismele psihologice au o contribuție majoră în etiopatogeneză (Price și Lynn, 1981). Tulburările psihosomatice au fost deosebite, de asemenea, și de tulburările somatoforme prin faptul că, în timp ce în tulburările somatoforme, de obicei, nu apar leziuni ale țesuturilor, tulburările psihosomatice implică deseori apariția acestora (Price și Lynn, 1981).

Totuși, conform opiniilor curente, distincția dintre aceste categorii este extrem de înșelătoare și pornind de la DSM-III nu

nai există categoria separată a tulburărilor psihosomatice
Kaplan și colab., 1997; Sadock și colab., 2002). Totuși, în
ltimele ediții ale DSM, ceea ce odată era definit ca tulburare
sihosomatică este mai bine reflectat de categoria diagnostică a
factorilor psihologici care afectează condiția medicală" (Kaplan
colab., 1997; Sadock și colab., 2002). În ansamblu, aceste
chimbări reflectă modul curent de gândire despre tulburările
omatice, care ar implica în dezvoltarea lor o mai mică sau mai
are proporție de factori psihologici, și despre tulburările psihice,
re ar implica în dezvoltarea lor o mai mică sau mai mare
oporție de factori fizici (Kaplan și colab., 1997; Sadock și
lab., 2002). Această idee este asumpția fundamentală a
odelului modern al medicinei psihosomatice (pentru versiunea
ășică a modelului psihosomatic a se vedea Alexander, 1950).
eoarece acest model psihosomatic modern a devenit parte a
nceptului de medicină comportamentală și psihologie a
nătății (Kaplan și colab., 1997; Sadock și colab., 2002), un
me mai des folosit pentru acest model este cel de modelul
o-psiho-social (Baum și colab., 1997).

Problema. Pentru ceea ce este definit în mod tradițional sănătate mentală/psihică sau tulburare mentală/psihică, rolul ucial al factorilor și tratamentelor psihologice este bine stabilit aplan și colab., 1997; Sadock și colab., 2002). Pe de altă te, încă se mai dezbate pe marginea rolului factorilor și tamentelor psihologice în ceea ce este numit prin tradiție ătate fizică și boală somatică. În ciuda modificărilor nceptuale exprimate în modelul bio-psiho-social la nivelul ei psihologice și medicale, marea majoritate a profesioniștilor domeniul sănătății pare a continua să gândească, cel puțin ormal, în termeni dualiști, bazându-se pe modelul bio-medi-. Modelul bio-medical presupune că factorii psihologici sunt r artefacte sau că importanța lor în etiopatogeneza bolilor natice este mai mică. De exemplu, într-un editorial din "New

England Journal of Medicine", editorul (Angell, 1985) scria: "este timpul să recunoaștem că, credințele noastre despre boală ca o reflectare directă a stării mentale sunt, în mare parte, folclor" și recent, în același jurnal, Hrobjartsson și Gotzsche (2001) au încercat să ne convingă că efectul placebo este doar un mit, nu există și nu are efecte clinice.

În cele ce urmează, voi arăta modul în care modelul bio-medical distorsionează gândirea și practica din domeniul sănătății prin analiza a două fenomene relevante.

În primul rând, chiar dacă etimologic patogeneză înseamnă "nașterea/geneza (gennan) suferinței (pathos)", în mod tradițional, în medicină patogeneza este înțeleasă ca referindu-se doar la/sau în principal la aspectele fiziologice și organice. Această conceptualizare limitată contribuie la dificultatea înțelegerii mecanismelor psihologice ca factori etiopatogenetici pentru diferite tulburări mentale și somatice. Pentru a explora mai bine acest aspect am pus următoarea întrebare unui grup de 30 de medici (media vârstei era de 37 de ani) și 30 de psihologi (vârsta medie era 31 de ani): *Termenul "mecanism etiopatogenetic" se referă:* (1) doar la mecanisme biologice; (2) doar la mecanisme psihologice; (3) atât la mecanisme biologice cât și mecanisme psihologice; (4) nu știu. 77% dintre medici au ales răspunsul 1 și 23% au ales răspunsul 3; răspunsurile 2 și 4 nu au fost alese. Din grupul psihologilor, 56% au ales răspunsul 1,40% au ales răspunsul 3 și 3% au ales răspunsul 2. Chiar dacă aceste rezultate ar trebui privite ca rezultate preliminare (datorită numărului mic de subiecți) și au doar o validitate contextuală (pentru profesioniști formați în facultăți de medicină și psihologie din România), ele arată în mod clar un conceptualizarea limitată a cauzelor bolilor, concepție centrată pe mecanismele biologice (răspunsul 1), a pătruns în modul de gândire al profesioniștilor.

În al doilea rând, pare ciudat că până și astăzi unii profesioniști din domeniul sănătății nu înțeleg că efectul placebo se realizează printr-un mecanism biologic plauzibil și nu este doar un efect psihologic pur asupra unor factori fizici (Kirsch, 1990). Nu mai vorbim de dificultățile unor profesioniști de a înțelege că orice intervenție psihoterapeutică are consecințe biochimice în creier, altfel spus, că orice psihoterapie este chimioterapie! (Furmark și colab., 2002; Kirsch, 1990). Factorii psihologici care se consideră că afectează diferite aspecte biologice au întotdeauna un substrat biologic - nu sunt de sine stătători - și acest substrat biologic poate media impactul lor asupra diferitelor aspecte biologice (Kirsch, 1990). O explicare din punct de vedere biologic (ex. neuronal, bio-chimic) a mecanismelor efectului placebo ar fi prea complexă și detaliată pentru că ar trebui descris, de exemplu, comportamentul unui număr foarte mare de celule neuronale. Din această cauză avem nevoie de un nivel de analiză mai abstract iar pentru aceasta nivelul psihologic este cel potrivit (Anderson, 1990). Din păcate, în loc să înțeleagă că descrierile biologice și cele psihologice sunt două limbaje diferite folosite pentru aceeași realitate (aceeași realitate este descrisă la nivele diferite, folosindu-se limbaje diferite), unii practicieni încă mai consideră realitățile biologică și psihologică ca fiind diferite. Deseori ei uită că (1) nu există nici un mecanism psihologic fără un substrat biologic (Kirsch, 1990; Leuchter și colab., 2002) și, prin urmare, (2) un fenomen psihologic are atât consecințe psihologice cât și biologice. Pentru a observa modul în care aceste idei sunt reprezentate în grupurile de practicieni, într-un studiu recent realizat pe 60 de medici (vârsta medie 34) și 60 de psihologi (vârsta medie 31) am pus următoarele două întrebări: (1) *Prin ce mecanisme se realizează efectul placebo?*, răspunsurile posibile erau: (a) pur psihologice; (b) pur biologice; (c) în același timp biologice și psihologice; (d) nici unul din răspunsurile anterioare nu este corect; (e) nu

știu; (2) *La ce se referă efectul placebo?*, variantele de răspuns au fost: (a) doar la efecte psihologice; (b) doar la efecte biologice; (c) atât la efecte psihologice cât și la efecte biologice; (d) nici unul din răspunsurile anterioare nu este corect; (e) nu știu. Rezultatele au arătat că 65% dintre medici consideră că efectul placebo are un mecanism pur psihologic și doar 35% dintre ei au spus că mecanismele sunt atât psihologice cât și biologice; pentru cea de-a doua întrebare, doar 53% dintre medici au ales varianta (c) și 47% au ales varianta (a). În cazul grupului de psihologi pattern-ul găsit a fost similar: 55% dintre aceștia au ales varianta (a) și 45% varianta (c) în cazul primei întrebări; pentru cea de-a doua întrebare, 83% dintre psihologi au ales răspunsul (a) și 17% au ales varianta (a). Din nou, trebuie să ținem cont de faptul că aceste rezultate ar putea avea doar o validitate contextuală legată de pregătirea profesională a psihologilor și medicilor din România. În ciuda similarității modului în care medicii și psihologii privesc efectul placebo, interpretarea pe care i-o dau este destul de diferită (chiar și în literatura științifică internațională). Adesea medicii tind să îl vadă ca pe un artefact care trebuie să fie controlat și exclus în diferitele studii medicale (ex. testarea clinică a noilor medicamente) și care nu este mediat de mecanisme biologice mai mult sau mai puțin cunoscute (Hrobjartsson și Gotzsche, 2001). Pe de altă parte, psihologii tind să-l privească ca pe un fenomen psihologic real și important care are atât consecințe biologice cât și psihologice; prin urmare, este nevoie ca acesta să fie serios investigat și dezvoltat (Kirsch, 1990). Astfel de concepții diferite despre un fenomen relativ binecunoscut și răspândit nu pot promova modelul bio-psiho-social.

O strategie de rezolvare a problemei. Din perspectivă psihologică, pentru a putea penetra modelul bio-medical, trebuie evaluate non-defensiv punctele tari și punctele slabe ale psihologiei în cadrul modelului psihosomatic modern (modelul

bio-psiho-social), făcând referire la ceea ce în mod tradițional numim sănătate fizică și boală somatică. Prin urmare, în cele ce urmează, voi analiza rolul și statutul intervențiilor cognitiv-comportamentale în medicina psihosomatică modernă. Mă voi centra asupra intervențiilor cognitiv-comportamentale deoarece: (1) reflectă impactul psihologiei cu baze empirice/științifice asupra cercetărilor psihologice; (2) sunt investigate prin design-uri experimentale riguroase și studii clinice controlate care implică folosirea unor loturi de control și placebo și (3) adesea sunt investigate luându-se în calcul atât aspectele lor teoretice cât și efectele lor practice. Principalele aspecte ale intervențiilor cognitiv-comportamentale sunt: (1) factorii cognitivi mediază impactul mediului asupra aspectelor noastre subiective/emoționale, cognitive, comportamentale; (2) acești factori cognitivi pot fi identificați/diagnosticați și apoi (3) modificați prin intervenții cognitiv-comportamentale. Întrebările specifice cărora încercăm să le găsim un răspuns în această analiză critică a impactului intervențiilor cognitiv-comportamentale în medicina psihosomatică sunt: (1) influențează factorii psihologici dezvoltarea și evoluția bolilor organice și ale altor condiții medicale?; (2) intervențiile psihologice afectează factorii/mecanismele psihologice implicate în dezvoltarea și evoluția bolilor organice și ale altor condiții medicale? și (3) intervențiile psihologice îmbunătățesc evoluția clinică în bolile organice și alte condiții medicale? Răspunzând la aceste întrebări, am putea compara mai bine validitatea modelului bio-medical care susține că factorii psihologici sunt în principal artefacte sau sunt mai puțin importanți pentru sănătatea și boala fizică, cu cea a modelului psihosomatic modern care susține că din punct de vedere etiopatogenetic, factorii psihologici au același statut ontologic cu factorii fizici și că intervențiile psihologice (ex. psihoterapia și consilierea) au același statut ontologic cu tratamentele medicale pentru diferite boli organice.

O trecere în revistă a datelor

(1) Influențează factorii psihologici dezvoltarea și evoluția bolilor organice și ale altor condiții medicale?

În timp ce puțini profesioniști ar contesta influența factorilor psihologici ca stilul de viață (ex. dietă, exerciții fizice, coping) sau a schimbărilor de comportament (ex. complianța la tratament) asupra evoluției bolii organice, mulți sunt indeciși în privința influenței directe a factorilor psihologici asupra evoluției bolii organice (ex. Rehman și Angel, 2002). Prin influență directă înțelegem un efect nemediat al factorilor psihologici (ex. depresie, optimism) asupra mecanismelor biologice și nu un efect influențat de alți factori psihologici precum modificări ale complianței sau stilului de viață (ex. schimbări în comportament). Desigur, factorii psihologici nu sunt de sine stătători ci au un substrat biologic. Prin urmare, chiar un efect nemediat al factorilor psihologici care nu se referă la schimbări în complianța la tratament sau stilul de viață ar trebui totuși înțeles ca fiind realizat prin aceste mecanisme biologice plauzibile. O trecere în revistă a literaturii de specialitate a relevat faptul că există numeroase studii care arată impactul nemediat al factorilor psihologici asupra dezvoltării și evoluției bolii organice. Astfel, s-a arătat că factorii psihologici afectează hipertensiunea (Jonas și colab., 1997), HIV/SIDA (Mayne și colab., 1996; Leserman și colab., 2000) și cancerul (Everson și colab., 1996; Watson și colab., 1999). De asemenea, studii prospective aduc dovezi care susțin că factorii psihologici influențează creșterea riscului bolii coronariene și a mortalității din orice cauză în populația sănătoasă (Anda și colab., 1993; Shekelle și colab., 1983) și că există un efect puternic al factorilor psihologici asupra prognosticului pacienților cu boli coronariene stabilizate (Frasure-Smith și colab., 1993; William și colab., 1992).

(2) Intervențiile psihologice afectează factorii/mecanismele psihologice implicate în dezvoltarea și evoluția bolilor organice și ale altor condiții medicale?

Un număr mare de cercetări sumarizate în metaanalize calitative și cantitative au arătat în mod clar că intervențiile psihologice (ex. psihoterapie, consiliere) pot afecta diferiți factori psihologici – de la comportament la cogniții și emoții – care se demonstrase anterior că ar fi relaționați cu diferite condiții medicale (ex. Lyonn și Woods, 1993; Friedman și colab., 1986).

Din răspunsurile la cele două întrebări analizate până acum am fi tentați, bazându-ne pe un raționament silogistic (figura 1):

M (factori psihologici) —— (afectează) P (condiție organică)

S (intervenție psihologică) —— (afectează) M (factori psihologici)

să concluzionăm că:

S (intetvenție psihologică) —— (afectează) P (condiție organică)

Totuși, acest tip de raționament poate oferi doar o ipoteză tentantă întrucât ambele premise sunt probabilistice (bazate pe raționament inductiv) și nu universal valabile și, prin urmare, studiile empirice ar trebui să răspundă direct la întrebarea: Intervențiile psihologice (S) îmbunătățesc evoluția clinică în bolile organice și alte condiții medicale (P)?

(3) Intervențiile psihologice îmbunătățesc evoluția clinică în bolile organice și alte condiții medicale?

Studiile clinice controlate au arătat că intervențiile psihologice au un efect benefic asupra hipertensiunii (Schneider și colab., 1995), bolilor coronariene (Girdon și colab., 1999; Powell și colab., 1991), HIV/SIDA (Goodkin și colab., 2001) și cancer (Spiegel și colab., 1989; Fawzy și colab., 1993).

Aceste studii clinice au fost sumarizate în metaanalize care au întărit concluzia conform căreia intervențiile psihologice au un efect benefic în diferite boli organice și condiții medicale

(ex. Johnston și colab., 1993; Montgomery, David și colab., 2002). De exemplu, într-o metaanaliză realizată de noi (Montgomery, David și colab., 2002) am descoperit că pacienții care urmau a fi operați (1624 de pacienți) și primeau tratament comportamental pe lângă cel medical standard au avut rezultate mai bune decât 89% din pacienții din grupul de control care primeau doar îngrijire medicală standard. Aceste rezultate se referă atât la indicatori subiectivi (ex. emoții negative, durere) cât și la indicatori obiectivi [medicație analgezică, indicatori fiziologici (ex. catecolamine, presiune arterială) și timp de tratament (ex. durata spitalizării, durata intervenției chirurgicale)].

Efectele intervențiilor psihologice asupra bolilor organice și asupra diferitelor condiții fizice medicale nu sunt doar semnificative din punct de vedere statistic comparativ cu grupurile de control (tratament medical standard, tratament medical standard plus proceduri placebo) ci efectul este și semnificativ clinic (ecologic) (pentru detalii a se vedea Johnston și colab., 1993; Lang și colab., 2000; Montgomery, David și colab., 2002). Mai mult decât atât, aceste efecte sunt utile sub aspect economic. De exemplu, Lang și colab. (2002) au arătat că, costul asociat cu sedarea standard în timpul diferitelor proceduri radiologice era de 638 USD/pacient, comparativ cu 300 USD pentru sedarea însoțită de intervenții comportamentale adjuvante; așadar, utilizarea intervențiilor psihologice a dus la economisirea a 338 USD pentru fiecare caz.

Concluzii bazate pe analiza literaturii de specialitate

Coroborând răspunsurile la cele trei întrebări s-ar putea spune că avem suficiente probe care să susțină asumpțiile modelului psihosomatic modern: intervențiile psihologice influențează factorii psihologici care, la rândul lor, influențează evoluția și prognosticul tulburărilor organice și ale diferitelor condiții medicale.

Totuşi, fiecare dintre aceste concluzii au fost criticate. Principalele probleme ale acestor studii pe baza cărora s-au elaborat concluziile sunt (pentru detalii vezi Relman şi Angell, 2002):

(1) *Variabile confundate.* Multe din studiile menţionate mai sus nu au controlat clar variabilele confundate şi, prin urmare, este posibil ca relaţia aparentă dintre unii factori psihologici şi unele aspecte fizice să existe doar din cauza unei a treia variabile fizice confundate care afectează atât factorul psihologic cât şi răspunsul fizic.

(2) *O valoare scăzută a mărimii efectului.* Unele dintre studii au relevat o mărime a efectului scăzută şi, aşadar, rezultatele lor sunt uşor de distorsionat de efectele variabilelor confundate, cunoscute sau necunoscute.

(3) *Selecţia datelor.* Aceasta se referă la combinaţiile într-un număr mare de rezultate până când, în final, unul dintre ele este semnificativ statistic (ex. 3 rezultate pozitive din 25 de măsurători). In acest caz, rezultatele ar putea fi determinate de şansă şi nu doar de o variabilă controlată; este mai degrabă un artefact decât un fenomen real. Multe din studiile descrise mai sus au această problemă.

(4) *Confundarea cauzei cu efectul.* În multe din studiile amintite anterior cauza poate fi cu greu separată de efect. De exemplu, în studiul lui Watson şi colab., (1999) în loc să concluzionăm că neajutorarea a dus la creşterea riscului de recidivă sau moarte în cazul pacienţilor cu cancer la sân (neoplasm mamar), s-ar putea spune că, neoplasmul mamar într-o fază mai avansată cauzează sentimente de neajutorare.

(5) *Interpretări distorsionate.* De cele mai multe ori ele se referă la exagerarea semnificaţiei clinice a unui rezultat. De exemplu, găsirea unei legături între unii factori psihologici şi un indicator biologic (ex. anticorpii pentru virusul hepes simplex) nu spune nimic despre efectul acelor factori psihologici

asupra bolii organice. Aşadar, adesea apare o confuzie între impactul unui factor psihologic asupra unui efect fiziologic şi impactul unui factor psihologic asupra bolii în sine.

Ţinând cont de aceste critici, o concluzie mai echilibrată ar fi aceea că este foarte probabil ca intervenţiile psihologice să influenţeze factorii psihologici, care, la rândul lor, pot influenţa evoluţia şi prognosticul bolilor organice şi ale diferitelor condiţii medicale, dar sunt necesare mai multe studii care să arate că acest model nu este discutabil şi că ar trebui implementat în toate mediile medicale. Totuşi, criticile aduse modelului psihosomatic modern ar putea fi la fel de bine aduse şi studiilor bazate pe modelul bio-medical. Să argumentăm acest lucru prin analizele de mai jos.

(1) Variabile confundate. Foarte puţine dintre studiile medicale controlează potenţialele variabile psihologice confundate care deja s-a demonstrat că ar fi legate de diferitele efecte biologice (ex. optimism/pesimism, stil de viaţă, religiozitate, mecanisme de coping).

(2) Valoarea scăzută a mărimii efectului. Unele studii din acest domeniu au relevat o mărime a efectului scăzută şi, aşadar, rezultatele lor sunt uşor de distorsionat de efectele variabilelor confundate, cunoscute sau necunoscute. De exemplu, aşa cum am mai amintit anterior, recent Kirsch şi colab. (2002) au analizat datele de eficacitate ale celor şase antidepresive cel mai frecvent prescrise, aprobate de Food and Drug Administration, SUA, între 1987 şi 1999 [fluoxetină (Prozac), paroxetină (Paxil), sertralină (Zoloft), venlafaxină (Effexor), nefazodonă (Serzone) şi citalopram (Celexa)]. În baza datelor prezentate, aceste medicamente au fost aprobate ca tratamente eficiente şi sigure pentru depresie în SUA. Kirsch şi colab. au descoperit că 80% din răspunsul la aceste medicamente era duplicat în grupurile placebo şi diferenţa mediei dintre nivelul depresiei în grupul care primea antidepresive şi nivelul depresiei în grupul care

primea tratament placebo era de 2 puncte pe Scala de Depresie Hamilton cu 17 itemi (50 de puncte) și 21 de itemi (62 de puncte). Chiar dacă acest efect este semnificativ statistic, efectul său clinic (ecologic) este nesemnificativ (2 puncte) (Kirsch și colab., 2002). Totuși, chiar dacă efectul clinic al medicației antidepresive comparativ cu cel al condițiilor placebo este ambiguu și scăzut (Kirsch și colab., 2002), medicația antidepresivă este prezentată ca fiind cel mai eficient tratament pentru depresie de majoritatea practicienilor, minimizându-se rolul tratamentelor psihologice alternative (Kaplan și colab., 1997; Sadock și colab., 2002).

(3) Selecția datelor. În multe dintre studiile psihofarmacologice, numărul variabilelor dependente se apropie de 15 (pentru exemple, vezi studiile incluse în metaanaliza lui Hrobjartsson și Gotzsche, 2001).

(4) Confundarea cauzei cu efectul. În majoritatea studiilor bazate pe modelele psihiatriei biologice, este dificil să se separe cauza și efectul. În acest tip de studii, în loc să concluzionăm că o modificare biochimică (ex. un nivel scăzut al serotoninei) generează un anumit simptom psihologic (ex. dispoziția depresivă) o altă concluzie plauzibilă este aceea că atât simptomul psihologic cât și modificarea biochimică sunt generate de un mecanism psihologic (ex. mecanisme legate de stres). Puține studii au un design care să permită alegerea între cele două variante. Așadar, ideea conform căreia orice concomitență a unui efect biologic și a unuia psihologic reflectă, de obicei, o relație cauzală, primul determinându-l pe cel de-al doilea (și nu invers), este reflexul unei tradiții vechi, reducționiste, și nu a unei teorii bazată pe date.

(5) Interpretările distorsionate. De exemplu, bazându-ne pe studiile mai sus amintite (vezi, de asemenea, Kirsch, 1990; Kirsch și colab., 2002) este clar că: (1) semnificația clinică a medicației antidepresive ca un agent farmacologic specific și activ este exagerată. Este cinstit că, în cinstea tuturor probelor,

medicația antidepresivă este încă promovată ca fiind foarte eficientă în tratamentul depresiei, în comparație cu condițiile placebo și alte intervenții non-farmaceutice (Klein, 1998); aceasta este din nou triumful marketing-ului asupra științei! și (2) ideea conform căreia orice concomitență a unui efect biologic cu unul psihologic reflectă, în mod obișnuit, o relație cauzală, primul determinându-l pe cel de-al doilea (și nu invers), este reflectarea unei tradiții vechi, reducționiste, și nu a unei teorii bazată pe date (Kirsch, 1990). Uneori această teorie reducționistă capătă proporții penibile și hilare în studiile de genetică și psihiatrie biologică. Spre exemplu (vezi pentru detalii Ross și Pamm, 1995), folosind exact metodologia prin care se susține că unele tulburări psihice precum schizofrenia sau unele tulburări afective au substrat genetic (ex. prin faptul că analiza pedigree-ului arată că ele tind să apară în cadrul aceluiași grup de oameni înrudiți) trebuie acceptat că și impolitețea și tipul de religie au substrat genetic (ex. prin faptul că analiza pedigree-ului arată că ele tind să apară în cadrul aceluiași grup de oameni înrudiți). Ce ne face să acceptăm pe baza acestei metode de cercetare că schizofrenia poate avea un substrat genetic în timp ce impolitețea sau religiozitatea nu?

Tradiția, angajamentul inițial și credința, nicidecum datele științifice!

Direcții de cercetare

Trebuie să admitem că multe dintre studiile bazate pe modelul psihosomatic au lipsuri și limitări dar și studiile bazate pe modelele bio-medicale au aceleași tipuri de lipsuri și limite (pentru detalii, vezi Williams și Schneiderman, 2002). Totuși, în timp ce multe dintre lipsurile studiilor bazate pe modelul bio-medical sunt ignorate sau acceptate ca limite ale "celei mai bune metode pe care o avem momentan", aceleași lipsuri ale studiilor bazate pe modelele psihosomatice sunt folosite împotriva lor. Aceste standarde duble (de asemenea, vezi Williams și

Schneiderman, 2002) pot fi înțelese dintr-o perspectivă psihologică și socială. Kuhn (1962) și Feyerabend (1975) au dovedit că paradigma dominantă pe care o susținem determină ceea ce vom accepta ca probe, ceea ce vom ignora și ceea ce vom respinge. Atâta timp cât în domeniul medical domină modelul bio-medical, este ușor de înțeles de ce profesioniștii acceptă mai ușor probele studiilor bazate pe modelul bio-medical, ignoră lipsurile și limitele acestor studii și resping studiile bazate pe modelul psihosomatic, etichetându-le ca neconcludente și deficitare. Totuși, chiar în condițiile în care înțelegem sursa acestor distorsiuni, ele nu ar trebui tolerate în cadrul unei dezbateri științifice deschise și corecte. Ar trebui urmat un model normativ al filosofiei științei (Popper, 1959) favorizând teorii create pe baza datelor empirice. Cercetările viitoare ar trebui realizate de profesioniști reflexivi, conștienți de contaminarea epistemologică și care sunt capabili să controleze "efectul experimentatorului" prin atitudinea lor reflexivă și prin proceduri de studiu riguroase. În opinia noastră, punctele importante care ar trebui evidențiate în cercetările viitoare în acest domeniu sunt:

(1) *Cercetarea și educația interdisciplinară:* Aceasta ar contribui la o mai bună asimilare a teoriilor psihologice în modelul biomedical și la promovarea modelului bio-psiho-social nu doar în lucrările teoretice ci și în practică.

(2) *Atitudinea reflexivă asupra conceptelor de bază.* Atâta timp cât conceptul de "mecanism etiopatogenetic" nu este promovat explicit (poate chiar folosindu-se o strategie de discriminare pozitivă!) ca incluzând mecanisme psihologice care au același statut ontologic ca și factorii fizici și atâta timp cât prototipul său se referă numai la factorii fizici, șansele de asimilare a modelului bio-psiho-social sunt mici. Tendința de a vorbi despre leziuni biochimice (ex. modificări în funcționarea neurotransmițătorilor) și de a le considera pe acestea mereu cauze etiopatogenetice (nu efecte sau concomitențe!) ale unor aspecte

psihologice într-un model biomedical ortodox, constituie un alt impediment în asimilarea modelului bio-psiho-social.

(3) Testarea simultană a teoriei modificărilor și eficienței intervenției. A arăta că o intervenție psihologică este benefică pentru o condiție medicală, în comparație cu un grup de control, nu ne spune în mod necesar și despre validitatea teoriei folosite pentru elaborarea intervenției. Prin urmare, cercetările clinice moderne ar trebui să testeze simultan atât teoria ipotetică a schimbării cât și eficiența clinică a intervenției psihologice, prin folosirea unor design-uri riguroase (ex. includerea atât a unui grup de control, cât și a unui grup placebo activ) și a unor analize statistice adecvate (ex. stabilirea unei relații temporare între modificările dintr-un anumit mecanism psihologic și consecințele lui presupuse).

În concluzie, consider că (vezi, de asemenea, Williams și Scheiderman, 2002) rezultatele trecute în revistă aici justifică: (1) un tratament corect al psihologiei în domeniul sănătății prin renunțarea la cerințele conform cărora cercetarea și practica psihologică din domeniul sănătății să facă ceva care nu este cerut cercetării și practicii medicale din domeniul sănătății; (2) inițierea pe scală largă a testării clinice a intervențiilor psihologice, riguros realizată, în domeniul tulburărilor/bolilor fizice (ex. boli cardio-vasculare, HIV/SIDA, cancer). Urmând aceeași linie de argumentare, unii autori (Williams și Schneiderman, 2002) sugerează că, în ceea ce privește intervențiile psihologice în medicina psihosomatică, situația prezentă este similară cu cea din 1980, din terapia cu beta-blocante pentru pacienții care suferiseră un infarct miocardic, când unele studii arătau un efect pozitiv asupra supraviețuirii iar altele nu, dezbătându-se utilizarea acestei forme de tratament. Apoi un studiu extins Beta-Bloker Heart Attack (Goldstein și colab., 1983) a randomizat 3837 de bărbați și femei în grupuri de control și tratament și a observat că tratarea tuturor pacienților

care suferiseră un infarct miocardic cu beta-blocante ar fi o practică clinică bună. Este nevoie de astfel de studii care să stabilească definitiv dacă abordarea psihologică își are locul și are un rol în sănătatea fizică sau ea ar trebui să rămână la nivelul sănătății mentale, unde contribuțiile sale teoretice și practice sunt bine și riguros stabilite (Kaplan și colab., 1997, Sadock și colab., 2002). Așadar, factorii și tratamentele psihologice au același statut ontologic pentru sănătatea fizică ca și factorii fizici și *tratamentele medicale*? Dacă răspunsul este afirmativ, în care condiții este valabil? La aceste întrebări ar trebui să răspundă definitiv studii viitoare realizate de profesioniști reflexivi, conștienți de contaminarea epistemologică.

3.1.3.4. Cazul întemeierii logice în cercetarea științifică sau "Era pe când nu s-a văzut, azi o vedem și nu e"

Ca în orice știință și în psihopatologie procesul de cunoaștere este scopul fundamental. Cunoștințele noastre sunt exprimate prin propoziții dar nu toate propozițiile din limbaj exprimă *cunoștințe*. Spre exemplu, propozițiile interogative, exclamative, optative etc. nu exprimă cunoștințe. Cunoștințele sunt exprimate numai în propoziții care enunță ceva, propoziții numite asertiuni. Aceste propoziții - asertiunile - au diferite valori aletheice, valori de adevăr, și anume, ele pot dobândi atributele de false sau adevărate. Așadar, cunoștințele sunt informații care au valori de adevăr, exprimate prin asertiuni. Cum putem stabili valorile de adevăr ale asertiunilor? Pentru unele asertiuni - cele de observație - metoda este simplă, confruntând direct conținutul lor cu datele de observație. În cazul altor propoziții trebuie să folosim o cale mediată - *întemeiere* - stabilind valoarea de adevăr a unei propoziții prin alte propoziții. Întemeierea/fundamentarea este operația prin care se indică temeiul/fundamentul unei asertiuni. Temeiul este o propoziție sau un șir de propoziții din care se poate deriva o asertiune pe baza unui procedeu logic valid (procedeul întemeierii). Printr-un procedeu logic valid furnizăm temeiurile în baza cărora considerăm anumite asertiuni

ca fiind adevărate sau false. În structura unei întemeieri intră (vezi figura. 4) (pentru detalii vezi Marga, 1998):

- (1) Teza de întemeiat (concluzia – C)
- (2) Mijloacele de întemeiere sau informațiile pe care le avem (premisele – A)
- (3) Procedeul întemeierii care face trecerea de la mijloacele de întemeiere (A) la teza de întemeiat (C) și care presupune:
  - o Reguli de inferență care fac legătura dintre teza de întemeiat și informațiile pe care le avem ("întrucât" – D)
  - o Justificare acestor propoziții ("pe baza" – E)
  - o Operatorul modal ("este de presupus" – B)
  - o Condiții de excepțare a operatorului modal ("dacă nu cumva" – F)

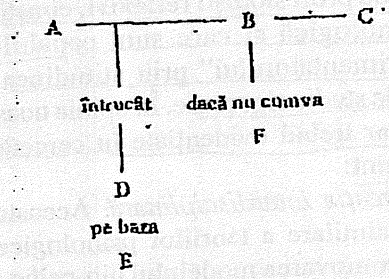

Figura 4. Schema logică a procesului de întemeiere

Să exemplificăm această structură.

- Teza de întemeiat: Alin David este cetățean român
- Mijloacele de întemeiere: Alin David s-a născut în Satu-Mare
- Procedeul de întemeiere
  - o Reguli de inferență: Oricine se naște în Satu-Mare este cetățean român
  - o Justificarea regulilor de inferență: Conform Constituției României

o Operatorul modal: Este de presupus că
o Condiții de exceptare a operatorului modal: Dacă nu cumva ambii părinți sunt străini

Dacă teza de întemeiat derivă cu necesitate din mijloacele de întemeiere atunci vorbim despre demonstrație. Această modalitate de întemeiere necesită însă un sistem teoretic formalizat/matematizat așa că rareori vom regăsi această modalitate de întemeiere în științele socio-umane sau medicale. Dacă teza de întemeiat derivă cu probabilitate din mijloacele de întemeiere atunci vorbim despre argumentare.

În știință există două tipuri de discursuri. *În discursul teoretic* se problematizează pretenția de adevăr a aserțiunilor; se urmărește realizarea unui standard al paradigmei pozitiviste și neopozitiviste în care valorile de adevăr ale unei teorii sunt importante (prin întemeiere în forma demonstrației și argumentării). *În discursul practic* se problematizează pretenția de justețe a aserțiunilor cu privire la valori, ordine, ceea ce trebuie făcut etc. Acesta este un proces prin care se dobândește adeziunea grupului la teza unui vorbitor în cadrul unei comunități raționale de oameni (prin întemeiere în forma argumentării), care au un limbaj comun și între care există relații de recunoaștere. În discursul practic se urmărește adesea atingerea unui standard pragmatic, în care consecințele practice ale unei teorii dau valoare acesteia; retorica - înțeleasă ca știința stabilirii condițiilor de atingere a persuadării - joacă adesea un rol important în discursul practic și în argumentare în general. Discursurile teoretice și cele pragmatice sunt fundamentale în psihopatologie și, în consecință, cunoașterea erorilor care afectează aceste discursuri este foarte importantă. Erorile care apar în procesul de întemeiere se clasifică în trei categorii, corespunzând celor trei componențe ale procesului de întemeiere descrise anterior. În cele ce urmează voi prezenta cele mai frecvente erori (pentru detalii vezi Margo,

1998), iar apoi voi arăta cum acestea se manifestă în literatura psihopatologiei.

(1) Erori în teza de întemeiat (concluzie) și în relația acesteia cu mijloacele de întemeiere

Imprecizia tezei. Această eroare apare atunci când teza conține un termen imprecis

Ignorarea tezei. În limbaj logic aceste erori se numesc ignoratio elenchi. Cele mai cunoscute dintre ele sunt:

- *Argumentum ad verecundiam.* Eroarea constă în faptul că se invocă autoritatea cuiva pentru a întemeia o teză. Ea are mai multe forme:
  - o Autoritatea cu publicațiile: "specialistul a spus astfel"
  - o Autoritatea dogmatică: "așa s-a stabilit"
  - o Autoritatea prost plasată: "a invoca ceea ce a spus Einstein într-un domeniu fără legătură cu fizica"
  - o Autoritatea venerabilă: "știe mai mult fiindcă este mai în vârstă sau mai experimentat"
- *Argumentum ad hominem.* Este o eroare asemănătoare cu argumentum ad verecundiam în care se invocă calitățile sau defectele cuiva pentru a întemeia o teză. Și ea are mai multe forme:
  - o Abuzivă: argumentezi valoarea tezei unui vorbitor prin experiențele sale de viață
  - o Circumstanțială: se sugerează că oponentul are un interes personal în a susține o teză și astfel subminezi teza respectivă
  - o To quoque: a întemeia o teză arătând că și oponentul a susținut-o cândva sau a respinge o teză arătând că și oponentul a respins-o cândva
- *Argumentul ad ignorantiam.* Această eroare apare când se ia ca argument în favoarea unei teze imposibilitatea de a dovedi contradictoria ei: "este așa că nu se poate dovedi că nu este așa".

• *Argumentum ad populum.* Aceasta este eroarea în care se acceptă o teză deoarece "cei mai mulți oameni cred așa".

• *Argumentum ad consequentiam.* Se referă la eroarea care utilizează consecințele pozitive sau negative ale unei teze pentru a susține adevărul sau falsitatea acesteia.

• *Argumentum ad baculum.* Este eroarea care presupune utilizarea forței (fizice, psihologice, economice) pentru a impune sau a respinge o teză.

• *Argumentum ad misericordiam.* Este eroarea care constă în a invoca consecințele greu de suportat pentru cineva ale acceptării tezei în favoarea respingerii ei.

• *Argumentum ex silentio.* Aceasta este eroarea care constă în a lua absența obiecțiilor la o teză drept argument în favoarea adevărului tezei.

(2) Erori în fundamentul întemeierii (în premise)

Error fundamentalis. În acest caz se recurge la premise false pentru a deriva o anumită teză.

Petitio principii. În acest caz, eroarea constă în faptul că teza de întemeiat este deja presupusă de argumentele invocate în sprijinul ei.

Petitio de contrari. În acest caz în același proces de întemeiere se operează cu argumente contradictorii; adesea această incompatibilitate a argumentelor este mascată de un limbaj ambiguu sau rămâne greu de identificat datorită complexității întemeierii.

Accidentul. El constă în a lua o caracteristică neesențială drept notă esențială și are două forme: (1) o regulă generală se aplică unui caz particular ignorându-se circumstanțele care fac inaplicabilă regula la acest caz (eroarea directă a argumentului); (2) a ridica un caz particular la rangul unei reguli generale (eroarea conversă a accidentului).

(3) Erori în procedeul demonstrației

Teza nu derivă din temeiurile/fundamentele prezentate. În acest caz între fundament și teză este o legătură neesențială nu una logică sau de necesitate.

Procedeul întemeierii este incorect. În lucrările de logică aceste aspecte sunt tratate extensiv (ex. la fiecare tip de inferențe, mediate și imediate) așa că nu le detaliem aici (pentru detalii vezi Stoianovici și colab., 1990). Voi menționa doar că un procedeu de întemeiere valid logic este acela în care adevărul mijloacelor de întemeiere garantează adevărul tezei de întemeiat. Cunoscând valorile de adevăr ale mijloacelor de întemeiere și ale tezei de întemeiat nu putem spune dacă procedeul întemeierii este valid decât dacă mijloacele de întemeiere sunt adevărate iar teza este falsă, situație în care procedeul este nevalid. În toate celelalte cazuri: (1) mijloacele de întemeiere adevărate și teza de întemeiat adevărată; (2) mijloacele de întemeiere false și teza de întemeiat falsă și (3) mijloacele de întemeiere false și teza de întemeiat adevărată, nu ne putem exprima asupra validității procedeului de întemeiere. Doar studiul logicii și a formelor particulare de inferențe (imediate și mediate) ne ajută să facem acest lucru în cele trei condiții menționate mai sus.

De ce am prezentat detaliat acest proces de întemeiere și mai ales erorile din cadrul său? Pentru a arăta că în discursul psihopatologiei erorile de întemeiere sunt o prezență constantă. Să argumentăm acest lucru urmărind cele trei componente principale ale procesului de întemeiere (vezi fig. 4).

În ceea ce privește teza de întemeiat erorile apar deoarece în psihopatologie *multe teze sunt imprecise.* Spre exemplu, în ciuda impactului uriaș pe care terapia cognitiv-comportamentală îl are în psihopatologie, conceptul de schemă cognitivă încă nu este definit și operaționalizat clar; autori diferiți operaționalizează acest concept în mod diferit (pentru detalii vezi Beck și colab., 1979; Dobson, 1991; Young, 1999). De asemenea, multe teorii și practici se impun în practica clinică nu pe baza unor studii științifice ci pe baza unor *erori în relația dintre teză și temeiul ei.* Să exemplifică doar două din ele, deși probabil că după prezentarea lor anterioară, fiecare profesionist ar putea găsi o mulțime din ele în literatura de psihopatologie.

• *Argumentum ad verecundiam*. În general, psihanaliza s-a impus datorită personalității și autorității lui Sigmund Freud nu datorită suportului științific. Putem argumenta că așa stau lucrurile urmărind Anexa 1, unde observăm că nici astăzi psihanaliza nu figurează prin formele de psihoterapie validate științific. De altfel, Sigmund Freud a avut grijă să își păstreze autoritatea "excomunicându-i" pe cei care aveau păreri diferite de cele ale lui (ex. vezi cazul lui Jung etc.).

• *Argumentum ad hominem*. Mulți terapeuți cognitiv-comportamentali au un angajament teoretico-metodologic nu în funcție de rezultatele științifice ci în funcție de personalitatea unor autori. Astfel, unii practicieni evită folosirea unor strategii cognitiv-comportamentale țintă datorită faptului că nu apreciază unele trăsături de personalitate ale principalilor promotori ai acestor strategii țintă [ex. Albert Ellis (arogant; directiv) sau Aaron Beck (nondirectiv)] (DiMattia și Lega, 1990; Ellis, 2001; Heery, 2001).

Erorile în fundamentul întemeierii sunt iarăși foarte răspândite în cercetarea din psihopatologie. Psihanaliza a fost adesea criticată că operează cu argumente contradictorii putând explica orice (Popper, 1959). Aceasta este eroarea de tip - *petitio de contrari*-. De asemenea, *error fundamentalis* - recurgerea la premise false pentru a deriva o anumită teză - este o prezență frecventă în psihopatologie. Să argumentăm acest lucru. Astfel, din cauza lipsei unui adevărat proces de recenzie și a prezenței simultane a unui mare număr de abordări teoretice aflate în competiție în cadrul psihopatologiei, este frecvent cazul în care, pentru a argumenta valoarea unei orientări, celelalte orientări sunt prezentate într-o manieră distorsionată, care apoi trebuie corectată în alte lucrări. Așadar, uneori în loc să prezentăm ceva nou, evoluția constă în a corecta erorile neforțate ale altora! Cazul abordării evoluționiste în psihopatologiei arată că psihopatologia nu este ferită de erori în fundamentul întemeierii. Să-l analizăm

succint. În psihopatologie există o tendință importantă și în plină dezvoltare care conceptualizează funcțiile psihice și, asociat acestora, tulburările psihice, prin prisma psihologiei și biologiei evoluționiste (Buss și colab., 1998, Guold, 1991). Procesul evoluționist se referă la schimbări în structura organică a unui organism, schimbări care au loc în timp. Din păcate, această abordare deși promițătoare și interesantă este una insuficient de riguroasă din cauza faptului că în psihopatologie adesea nu sunt utilizate corect construcțele psihologiei și biologiei evoluționiste (Buss și colab., 1998). Așa cum arată Buss și colab. (1998) trebuie depășită etapa în care atunci când se discută despre abordarea evoluționistă a funcțiilor sau tulburărilor psihice, ele sunt tratate doar prin prisma conceptului de adaptare! Psihologia și biologia evoluționistă au detaliat și clarificat conceptul de adaptare, clarificări care încă nu au pătruns încă din păcate psihopatologia de inspirație evoluționistă. Astfel, în psihologia și biologia evoluționistă se face o distincție clară între următoarele concepte importante (vezi mai jos), această distincție trebuind să fie preluată de psihopatologie dacă se dorește o abordare riguroasă a funcțiilor și tulburărilor psihice prin prisma evoluționismului.

Adaptare (Adaptation). Adaptarea este o caracteristică înnăscută care a apărut ca urmare a selecției naturale, ajutând direct sau indirect reproducerea în timpul apariției sale. Altfel spus, este posibil ca o caracteristică să fie adaptare dacă a ajutat direct sau indirect reproducerea în trecut, chiar dacă în prezent nu mai are această funcție. Deși adaptarea este principalul produs al evoluției, există și alte produse secundare ale acesteia. Dintre produsele secundare ale evoluției cele mai importante sunt artefactele și zgomotul. **Artefactul** a apărut deoarece prin întâmplare el a fost asociat cu o adaptare. Astfel, culoarea albă a oaselor spre exemplu, nu este rezultatul unui proces de evoluție ci este un artefact al faptului că oasele conțin calciu care le

asigură rezistența (adaptarea!), calciu care are culoare albă. Mai aproape de noi, unii autori au sugerat că unele funcții psihice presupuse a fi rezultatul unui proces de evoluție prin selecție naturală (ex. limbajul) nu sunt adaptări ci sunt artefacte ale unui creier mare și bine organizat (vezi Buss și colab., 1998 pentru detalii). Zgomotul sau efectele întâmplătoare nu sunt legate de adaptare; ele pot fi produse de mutații care nu influențează reproducerea.

Exaptare (Exaptation). Exaptarea se referă la faptul că selecția naturală a acționat din nou asupra unei adaptări anterioare. Astfel, prezența penelor la păsări este considerată o adaptare care a ajutat la termoreglare, și astfel la supraviețuire (iar aceasta indirect a ajutat la reproducere!). Când această adaptare a început să fie utilizată pentru zbor, atunci vorbim despre prezența penelor ca o exaptare. Exaptarea are funcția de a ajuta direct sau indirect reproducerea în prezent.

Spandrel (Spandrel). Termenul de spandrel în limba engleză este unul utilizat în arhitectură și se referă la spațiile goale care rămân în structura unei clădiri. Aceste spații pot fi apoi utilizate în diverse scopuri (ex. ca loc de odihnă pentru diverse animale sau oameni fără locuință) deși nu se vizau, atunci când s-a construit clădirea, aceste funcții. Spandrelul este rezultatul unui proces de selecție naturală care a acționat asupra unui artefact. El are funcția de a ajuta direct sau indirect reproducerea în prezent.

Artefactul. Artefactul nu influențează direct sau indirect reproducerea ci este rezultatul unui proces de evoluție care a acționat asupra mecanismului care îl produce.

Ei bine, cercetările de psihopatologie ar arăta altfel, mult mai complexe și mai riguroase, dacă ipoteza că tulburările psihice pot fi explicate din perspectivă evoluționistă ar lua în calcul toate posibilitățile descrise mai sus, nu doar cea de adaptare! Sunt funcțiile psihologice, și asociat acestora, tulburările psihice,

x - orice modificare sau alterare produsă prin mijloace artificiale în cursul unui ex de laborator

mai bine înțelese ca adaptări, exaptări, spandrel-uri sau simple artefacte?

În plus, *error fundamentalis* este încurajată de faptul că adesea fiecare orientare teoretică are propriile reviste științifice și propria comunitate științifică. Din păcate din colectivele de redacție ale unor reviste de acest gen lipsesc echipele de specialiști cu orientări diferite. Apar astfel reviste "de casă" care generează efectul de "Groupthink" (vezi pentru detalii Brehn și Kassin, 1989) și care generează concepții greșite și perspective limitate în domeniu. Pentru testarea acestei idei am examinat câteva colective de redacție ale revistelor din domeniul terapiei cognitiv-comportamentale (International Journal of Cognitive Psychotherapy –revista Asociației Internaționale de Psihoterapie Cognitivă; Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy –revista Institutului Albert Ellis de Psihoterapie Rațional-Emotivă și Comportamentală). Rezultatele au confirmat ideile prezentate mai sus. Spre exemplu, colectivele de redacție sunt compuse doar din profesioniști cu orientare cognitiv-comportamentală! Similar, în aproape toate lucrările clasice de psihoterapie scrise de profesioniști fără orientare cognitiv-comportamentală, pentru a se evidenția contribuția fundamentală a psihanalizei la studiul inconștientului, terapia cognitiv-comportamentală este prezentată eronat ca focalizându-se numai pe cogniții conștiente (ex. Kaplan și colab., 1994). Se ignoră astfel dezvoltările din ultimii 15 ani care promovează un inconștient cognitiv și tehnici specifice cognitiv-comportamentale de modificare a cogniților inconștiente (Dowd și Chourchaine, 1996; Eysenek și Keanne, 1990). În aceste cazuri, mă îndoiesc că în echipa de recenzori a acestor lucrări a fost invitat vreun terapeut cognitiv-comportamental.

În sfârșit, erorile în procedeul de întemeiere care se referă la toate erorile logice care pot să apară în diverse forme de raționament, sunt iarăși o prezență constantă în psihopatologie.

Una dintre cele mai cunoscute erori din această categorie se referă la - *saltul în argumentare* - (saltus în concludendo) și anume, se ajunge la o concluzie fără ca aceasta să fie suficient justificată de premise; altfel spus, lipsesc verigi intermediare. Spre exemplu, ca urmare a faptului că unele pachete de intervenție derivate dintr-o formă de psihoterapie sunt validate prin studii clinice controlate în cazul anumitor tulburări psihice, se afirmă eronat că forma de psihoterapie este validată științific. Într-o astfel de manieră se susține adesea că terapia cognitiv-comportamentală este o formă de psihoterapie validată științific (ex. Butler și Beck, 2000; DeRubeis și colab., 2001; Dobson, 2001). Din păcate, teoria cognitivă pe baza căreia s-au elaborat pachetele de intervenție (ele însele validate științific) în multe forme de tulburări psihice nu a fost încă clar validată științific (Jacobson și colab., 1996), așa că a se afirma că psihoterapia cognitiv-comportamentală ca sistem este deja complet validată științific este o eroare de tipul - *salt în argumentare*.

Sumarizând, în baza analizelor anterioare, am spune că discursul științific al Psihopatologiei este adesea marcat de sofisme, distorsionat în slujba unor interese personale și în detrimentul cunoașterii, arătând astfel o insuficientă maturizare.

3.1.4. Probleme ale Psihopatologiei cu modalitățile de a face educație și formare/training

În continuare voi analiza tabloul clinic al pacientului Psihopatologie, așa cum apare el în domeniul educației și formării lui profesionale. Dacă programele de formare ale psihopatologilor sunt bine organizate ne așteptăm ca ele: (1) să aibă o structură validată științific; (2) să încorporeze noile dezvoltări în domeniu (vom discuta aici cazul psihologiei pozitive, paraprofesioniștilor și terapiilor autoadministrate) și (3) să promoveze calitățile psihopatologului care asigură eficiență practicii acestuia (vom discuta aici cazul experienței clinice).

Să vedem cum sunt aceste predicții susținute de realitatea din domeniu.

3.1.4.1. Structura programelor de formare/training în psihoterapie sau Hirotonirea

Formarea psihoterapeutului în Europa se face în general conform unor norme precizate de către Consiliul Mondial al Psihoterapiei prin Declarația de la Strasbourg, 1992 (vezi pentru detalii http//www.europsyche.org). Formarea presupune:

(1). *O pregătire teoretică.* Această pregătire teoretică este de obicei regăsită în curricula universitară a facultăților de psihologie. Pentru cei care nu sunt psihologi aceste cursuri pot fi oferite în regim de învățământ la distanță și/sau postlicență.

(2). *Formare într-o formă specifică de psihoterapie.* Profesorii care fac formarea trebuie să fie psihoterapeuți formatori acreditați în acea formă de psihoterapie.

(3). *Practică cu caz.* Cursanții trebuie să fie angajați într-o instituție a Ministerului Sănătății, Ministerului Educației Naționale sau în alte organizații guvernamentale sau nonguvernamentale unde oferă servicii de consiliere psihologică și psihoterapie.

(4). *Supervizarea practicii.* Supervizarea se face de psihoterapeuți acreditați în acea formă de psihoterapie.

În plus, se cere parcurgerea unui modul de terapie personală care să cuprindă elemente de autocunoaștere, dezvoltare și optimizare personală. În total numărul de ore de formare în psihoterapie se ridică la aproximativ 3200.

Această schemă generală de formare în psihoterapie în o formă specifică în funcție de programul de formare al fiecărei școli de psihoterapie. Din păcate, adesea aceste programe de formare sunt organizate pe principiul cultelor religioase "crede și nu cerceta". Cum putem argumenta acest lucru? Trebuie doar să ne uităm la numărul mare de programe de formare în diverse forme de tratament (peste 200 de școli și peste 400 de tehnici;

Bergin și Garfield, 1994) în condițiile în care dovezile științifice pentru eficiența acestor tratamente, ca să nu mai vorbim de validitatea științifică a teoriilor care le-au fundamentat, sunt precare. Știm că sunt precare analizând Anexa 1, unde observăm că școli clasice de psihoterapie (ex. dinamic-psihanalitice sau umanist-existențialiste) pentru care există numeroase programe de formare (vezi European Association of Psychotherapy la http://europsyche.org) nu se regăsesc în lista tratamentelor validate științific! Așadar, adesea programul de formare oferă informații pe care trebuie să le accepți pe bază de credință. Această credință se autoîntreține astfel că adesea, chiar dacă am avut la început o atitudine sceptică, odată ce am parcurs programul de formare devenim propovăduitorii acestui cult. Mecanismul psihologic al disonanței cognitive ne-a arătat ferm că dacă apare o discrepanță neforțată între ceea ce știm și ceea ce facem, adesea ajungem să credem ceea ce facem (Festinger, 1957). O altă problemă a acestui model de formare este că nu știm care din componentele descrise anterior sunt mai importante în formarea psihoterapeutului și nici măcar dacă toate sunt cu adevărat necesare. Nu există nici un studiu care să susțină structura actuală a programelor de formare în psihoterapie. Dacă aceste studii există, probabil că ele sunt ferecate și păzite bine de propunătorii acestei structuri, fiindcă ele nu sunt disponibile/accesibile în literatura științifică! Să prezentăm în continuare și alte situații care arată caracterul regresiv al training-ului în psihopatologie și incapacitatea acestuia de a asimila informații noi ca urmare a cercetărilor în domeniu.

3.1.4.2. Provocarea psihologiei pozitive

Modul în care procesăm realitatea poate să fie unul realist, în care cognițiile noastre aproximează cât mai bine fenomenul, sau unul distorsionat. Distorsiunea poate să fie negativă – avem tendința să ignorăm aspectele pozitive și să accentuăm aspectele negative ale fenomenului – sau pozitivă – avem tendința să

ignorăm aspectele negative și să accentuăm aspectele pozitive. Cercetările recente au arătat că sănătatea mentală este strâns legată de o pendulare între realism și distorsiune pozitivă (Taylor, 1993). Iluziile pozitive exprimate într-un optimism realist sunt prerechizite importante pentru sănătatea mentală. Pe baza acestor rezultate, un întreg domeniu de cercetare a fost inițiat relativ recent în domeniul psihologiei – psihologia pozitivă (Seligman și Csikszentmihalyi, 2000). În psihologia pozitivă, accentul este pus pe aspectele pozitive ale ființei umane (ex. optimismul) și pe cum acestea joacă rolul de factori terapeutici și de protecție în situații stresante (pentru detalii vezi Seligman, 2000; Montgomery, David și colab., 2003). Cercetările au arătat că emoțiile pozitive și negative nu sunt constructe bipolare (Watson și Clark 1997; Watson și Tellegen, 1985; dar vezi Russell și Carroll, 1999 pentru nuanțări). Altfel spus, o reducere a frecvenței emoțiilor negative nu înseamnă automat o creștere a frecvenței emoțiilor pozitive după cum o reducere a frecvenței emoțiilor pozitive nu înseamnă o creștere a frecvenței emoțiilor negative. Emoțiile negative și cele pozitive par să fie constructe ortogonale ceea ce înseamnă spre exemplu, că cineva poate să fie depresiv dar și calm în același timp (Watson și Tellegen, 1985; vezi fig. 5).

Din păcate, în ciuda acestor rezultate științifice noi, programele de training în psihoterapie continuă linia clasică și se focalizează obsesiv pe aspectul corectiv deși, așa cum am afirmat mai sus, simpla reducere a frecvenței emoțiilor negative nu înseamnă apariția emoțiilor pozitive. Această distorsiune a programului de training se exprimă în cercetarea din domeniu. Astfel, cele mai multe cercetări clinice privind eficiența unor tratamente medicamentoase sau psihoterapeutice utilizează în pretest și posttest scale care evaluează psihopatologia (ex. depresia). În aceste condiții un tratament este considerat eficient

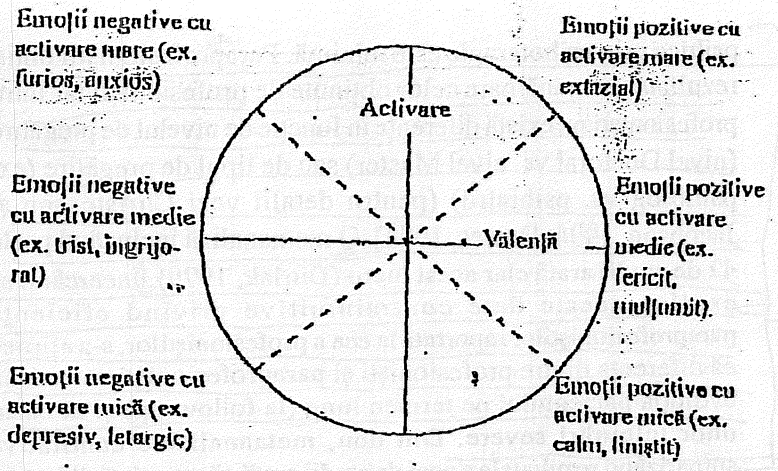

Figura 5. Relaţiile dintre emoţiile pozitive şi cele negative (prelucrat după Russell şi Carroll, 1999).

dacă scorul în posttest este mai scăzut decât scorul în pretest (şi în comparaţie cu un grup de control); da, dar aceste rezultate arată doar că s-au redus emoţiile negative. Ce s-a întâmplat cu emoţiile pozitive? A dus tratamentul şi la creşterea frecvenţei acestora? Astfel de întrebări au fost luate serios în discuţie abia în ultima perioadă deoarece psihopatologii nu erau pregătiţi în cadrul programelor de training să considere serios aspectele de optimizare şi dezvoltare personală a pacienţilor lor. Este adevărat că prin definiţie, intervenţia în psihopatologie vizează atât tratamentul tulburărilor psihice cât şi dezvoltarea şi optimizarea pacienţilor. Este tot la fel de adevărat însă, că încă se ignoră aspectul de dezvoltare şi optimizare care a fost preluat ca un deziderat important de către psihologia pozitivă. Unii autori (vezi pentru detalii Pierce şi Lynn, 1981) au argumentat că focalizarea pe aspectul corectiv este o consecinţă naturală a complexului pe care psihopatologia îl are faţă de medicină. Domeniul tulburărilor psihice a fost mai greu cuantificabil decât cel al

tulburărilor somatice, astfel că psihopatologiei i s-a refuzat mult timp statutul de ştiinţă în comparaţie cu restul medicinei. Pentru a câştiga acest statut, psihopatologia a copiat modelul medicinei în abordarea problemelor psihice şi de comportament, ceea ce a dus la focalizarea excesivă pe patologie. Alţi autori (vezi pentru detalii Pierce şi Lynn, 1991), deşi recunosc această focalizare pe aspectul corectiv, spun că nu este nicidecum vorba despre un complex ci despre o decizie pragmatică. Psihopatologia s-a dezvoltat acolo unde era cerută. Oamenii fac apel la psiholog sau la psihiatru atunci când suferă şi când au nevoie de ajutor. În consecinţă, psihopatologia s-a orientat pragmatic, nu defensiv, în această direcţie, ca restul medicinei de altfel. În plus şi tehnicile de intervenţie validate ştiinţific pe care le aveni se referă la tulburările psihice nu la optimizare personală (vezi Anexa 1). Oricum, indiferent de motive, sunt evidente în psihopatologie ignorarea şi lipsa eforturilor de a dezvolta aspectele pozitive ale subiectului uman şi focalizarea excesivă pe aspectele corective (Seligman şi Csikszenmihalyi, 2000). Toate acestea sunt un reflex al training-ului pe care psihopatologul îl primeşte, training focalizat pe patologie (corectarea problemei) nu şi pe normalitate (ex. dezvoltarea aspectelor pozitive). Spre exemplu, în multe programe de pregătire în psihiatrie din România numărul orelor de psihologie este foarte mic (adesea un curs de un semestru sau de an). Dar aşa cum înainte de a studia fiziopatologia se studiază fiziologia şi înainte de a studia anatomopatologia se studiază anatomia, ar trebui ca înainte de a studia serios psihiatria să se studieze serios psihologia. În medicină studiul normalităţii precede studiul anormalităţii! În psihopatologie însă adesea acest lucru nu este bine reliefat, mulţi psihiatri având cunoştinţe minime despre funcţionarea normală a psihicului uman. Cum am putea argumenta acest lucru? Examinând lucrări de psihiatrie, observăm că modul în care sunt conceptualizate fenomenele psihologice sunt la nivelul unei

psihologii de simț comun sau la nivelul de început al psihologiei ca știință. Pentru a păstra un discurs critic la domeniu nu la persoană, voi evita să exemplific cu lucrări care potrivesc descrierea de mai sus dar voi folosi o logică negativă. Astfel, voi spune că în cele mai multe lucrări de psihiatrie românești (spre deosebire de cele internaționale, ex. Kaplan și colab., 1997; Sadock și colab., 2002) nu regăsim teoriile consacrate ale emoțiilor atunci când se vorbește despre afect (Smith și Lazarus, 1993), nu regăsim teoriile moderne ale percepției (Marr, 1982) când se vorbește despre iluzii sau halucinații, nu regăsim teoriile moderne asupra memoriei când se vorbește despre memorie (Schacter și Tulving, 1994), nu regăsim ideea unui inconștient cognitiv (Schacter și Tulving, 1994) atunci când se abordează fenomenele inconștiente (se rămâne la aceași tradiție depășită a psihanalizei), și exemplele pot continua. Dacă eu greșesc, și dacă există cărți de psihiatrie scrise de autori români care încorporează aceste cunoștințe despre normalitatea psihică, atunci ele sunt ascunse cu grijă!

3.1.4.3. Provocarea paraprofesioniștilor

Așa cum am văzut anterior, programele de training în psihoterapie sunt complexe și organizate de-a lungul unei perioade lungi de timp. Efortul financiar, intelectual și de timp este remarcabil pentru a putea obține o competență într-o formă sau alta de psihoterapie. Dacă aceste resurse ar fi alocate altor domenii, probabil că s-ar putea obține două licențe în două domenii diferite. Așadar, este de așteptat ca acest program complex de training să ducă la profesioniști cu abilități și performanțe superioare celor care nu au parcurs aceste programe de training. Ce ne spun însă datele științifice? Rezultate arată că diferența dintre profesioniști și paraprofesioniști (oameni fără o pregătire în psihopatologie) sau dintre profesioniști cu pregătire mai lungă și cei cu o pregătire mai scurtă (ex. nivel Doctoral vs. nivel Master) în ceea ce privește eficiența tratamentului tulburărilor

psihice prin psihoterapie este minimă. Paraprofesioniștii obțin rezultate asemănătoare celor obținute de profesioniști iar între profesioniști nu există diferențe în funcție de nivelul de pregătire (nivel Doctoral vs. nivel Master) sau de tipul de pregătire (ex. psiholog vs. psihiatru) (pentru detalii vezi Christensen și Jacobson, 1994; Dawes, 1994). O metaanaliză incluzând peste 42 de studii arată clar acest lucru (Durlak, 1979). Încercând să explice aceste date contraintuitive privind eficiența paraprofesioniștilor raportată la cea a profesioniștilor, s-a afirmat că diferența dintre profesioniști și paraprofesioniști se vede în evoluția pacientului pe termen lung (la follow-up) și în cazul unor tulburări severe. Din nou, metaanalizele cantitative sumarizând rezultatele a zeci de studii arată că nu există diferențe între eficiența profesioniștilor și cea a paraprofesioniștilor în aceste condiții (Berman și Norton, 1985; Hattie și colab., 1984; Stein și Lambert, 1984). Acesta este un rezultat contraintuitiv și greu de acceptat. Cum au reacționat programele de training în psihopatologie la aceste rezultate? Defensiv. Le-au ignorat, le neagă și își continuă programele de formare după rețeta veche. Cum ar fi trebuit să reacționeze? Într-o manieră non-defensivă și constructivă care le-ar fi adus mult de câștigat. Să argumentăm acest lucru. O analiză atentă a acestor studii care au arătat că diferențele dintre profesioniști și paraprofesioniști sunt relativ mici cu privire la eficiența tratamentelor administrate de aceștia, au relevat că:

- *Diagnosticul și evaluarea clinică au fost făcute de către profesioniști chiar atunci când tratamentul a fost efectuat de paraprofesioniști*, lucru de înțeles, ținând cont că pentru a face un tratament era nevoie de un diagnostic prealabil, diagnostic pe care paraprofesioniștii nu știau să-l stabilească.
- *Protocolul clinic a fost creat de profesioniști.* Paraprofesioniștii nu au fost lăsați să facă ce doresc ei

cu acei pacienți ci au urmat un protocol clinic creat de profesioniști.

- *De obicei, înainte și în timpul aplicării protocolului clinic, paraprofesioniștii au fost supervizați de profesioniști*, pentru a fi siguri că protocolul clinic se administrează corect.

Iată așadar, că o concluzie non-defensivă ar fi că paraprofesioniștii supervizați și coordonați de profesioniști pot obține rezultate eficiente în psihopatologie. În consecință, programele de training al psihopatologilor ar trebui să includă astfel de module în care profesioniștii să învețe cum să coordoneze și să formeze paraprofesioniști. Se pare că psihopatologia nu a învățat din istorie. Atitudinea defensivă nu a dus la succese. Imediat după cel de-a doilea război mondial psihiatrii au încercat să-i blocheze pe psihologi în a dobândi competența în psihoterapie. Iată că acum ambele categorii de profesioniști au aceeași competență în psihoterapie deși poate că o politică mai non-defensivă a psihiatrilor ar fi putut duce la păstrarea controlului, ei putând superviza și forma psihologi care ar fi practicat psihoterapia supervizați! În aceeași atitudine defensivă, psihiatrii au încercat să blocheze psihologii interesați de a dobândi competențe în administrarea de medicație psihotropă prin training suplimentar în psihofarmacologie. Iată că acum la nivelul Armatei SUA, psihologii au o astfel de competență iar recent, această competență a fost recunoscută în câteva zone și state americane (ex. Guam și New Mexico). Predicția mea este că această competență se va generaliza în viitor și în alte țări după modelul în care psihologii au dobândit competența în psihoterapie. Ce trebuie să învățăm din toate acestea? Dacă psihologii și psihiatrii nu adoptă o atitudine non-defensivă față de studiile care arată eficiența paraprofesioniștilor s-ar putea să aibă surprize. Pe măsură ce aceste studii vor deveni tot mai cunoscute, s-ar putea ca unele case de asigurări de sănătate

să prefere să plătească paraprofesioniști care sunt mai ieftini și în consecință, aceștia să își organizeze propriile programe de formare și training. O atitudine non-defeusivă ar fi examinarea critică a acestor studii și demararea de noi studii bine controlate de către Asociațiile profesionale reprezentative ale psihologilor și psihiatrilor. Dacă rezultatele menționate aici se confirmă psihopatologii ar trebui să își asume rolul de supervizor și formator pentru practica paraprofesioniștilor, practică recunoscută acestora pentru anumite condiții identificate în baza studiilor riguros conduse. Altfel, învățând din istorie, predicția noastră este că disputa cu paraprofesioniștii, cel puțin pentru anumite servicii de psihoterapie, va fi pierdută.

3.1.4.4. Provocarea terapiilor autoadministrate

Costurile programelor de tratament pentru tulburările psihice sunt uriașe. Anual în SUA se cheltuiesc peste 100 de miliarde de USD pentru sănătatea psihică (USDHHS, 1999). În consecință, ca alternativă la tratamentele oferite de profesioniști au apărut progamele de terapie autoadministrată, în care pacientul își administrează terapia singur. Așadar, terapiile autoadministrate pot să fie aplicate de către pacientul însuși, cu o intervenție minimă din partea terapeutului și, în consecință, are costuri reduse. Ce arată studiile de specialitate cu referire la eficiența acestor programe? Cercetările de metaanaliză cantitativă, sumarizând peste 40 de studii arată că diferența dintre psihoterapie și terapia autoadministrată este minimă și nesemnificativă statistic (Scogin și colab., 1990). Aceste concluzii au fost apoi confirmate în numeroase alte studii (pentru detalii vezi Christensen și Jacobson, 1994). În ciuda acestor rezultate clare, programele de training în psihoterapie continuă să ignore importanța procedurilor de terapie autoadministrată și nu pregătesc suficient de bine profesioniștii în utilizarea acestora în practica lor clinică (Dawes, 1996).

3.1.4.5. Contestarea experienței clinice

Pentru mulți profesioniști, experiența clinică este As-ul din mânecă atunci când nu sunt bine pregătiți într-o discuție fundamentată științific. Noi cei mai tineri am auzit de nenumărate ori că nu avem încă o experiență clinică, că suntem tehnicişti şi că în consecință ar trebui să ascultăm pe cei mai experimentați, nu să vorbim şi să avem prea repede păreri! Trecând peste faptul că nu știm după cât timp începe experiența clinică (când eram student, pe bună dreptate mi se reproșa ca nu am experiență clinică, dar şi acum după 8 ani de practică şi cercetare clinică tot mi se reproșează de unii colegi cu practică şi cercetare de 30 de ani că nu am experiența lor!), hai să vedem într-un mod non-defensiv ce înseamnă experiența clinică şi cât de importantă este ea?

În primul rând experiența clinică nu înseamnă doar mulți ani de practică. Trecerea timpului fără asimilarea de cunoştințe nu este experiență clinică ci doar SIMPLĂ TRECERE A TIMPULUI. O trecere eficientă a timpului presupune asimilarea unor cunoştințe care influențează pozitiv activitățile importante ale psihopatologilor. Aceasta înseamnă că ne așteptăm ca psihopatologii cu experiență clinică mare să fie mai eficienți decât cei cu experiență clinică mică în diverse sarcini pe care le au de rezolvat. Paradoxal şi contraintuitiv, lucrurile nu stau așa. Deja știm, din analizele prezentate anterior, că diferențele dintre paraprofesioniști şi profesioniști şi cele dintre profesioniști cu training complex şi experiență mare şi profesioniști cu training mai scurt şi experiență mai mică, sunt minime în ceea ce privește eficiența tratamentelor administrate de aceştia pentru diverse tulburări psihice. În această secțiune a lucrării voi arăta că pregătirea profesională şi experiența clinică nu influențează nici corectitudinea clasificărilor problemelor pacienților în diferite categorii nosologice nici preciziа predicțiilor viitoarelor comportamente pe baza acestor clasificări. Într-adevăr,

definirea bolii

rezultatele cercetărilor asupra acestei teme (Dawes, 1996; Garb, 1989; 1998) au arătat că experiența clinică nu îmbunătățește performanța clinică. Cum de se întâmplă acest lucru? Oare nu este evident că toți învățăm din experiență? Nu înseamnă că dacă avem mai multă experiență atunci avem mai multe cunoştințe şi în consecință, suntem mai eficienți ca profesioniști? Oricât de plauzibilă ni se pare această ipoteză, ea nu este confirmată de datele științifice (Dawes, 1996; Garb, 1989). Cum am putea explica acest lucru? În primul rând trebuie să facem o distincție între învățarea unor deprinderi motorii (unde practica este fundamentală) şi învățarea unor cunoştințe declarative şi procedurale (ex. cum să clasificăm pacienții, cum să facem predicții, cum să facem diverse intervenții etc.). În ceea ce privește clasificarea pacienților în diverse categorii nosologice şi predicțiile făcute pe baza acestei clasificări, cercetările de psihologie cognitivă au identificat factorii fundamentali implicați în buna realizare a acestor activități (pentru detalii vezi Anderson, 1990):

- *Categoriile trebuie clar definite.* Adesea acest lucru nu există în psihopatologie unde avem numeroase categorii care nu sunt clar definite. Ca exemplu ilustrativ este DSM care permite încadrarea unor pacienți cu un tabloul clinic relativ heterogen în aceeași categorie diagnostică; acest lucru se întâmplă deoarece adesea pacienții trebuie să îndeplinească un număr limitat de criterii de diagnostic dintr-o listă mai lungă, astfel că pacienți diferiți pot potrivi criterii diferite din lista generală şi totuşi intră în aceeași categorie diagnostică.
- *Regulile care definesc categoriile trebuie prezentate înainte de a face clasificarea sau trebuie descoperite de subiect prin feedback.* Acest lucru nu se regăseşte în practica clinică a psihopatologiei. Presupunând că psihopatologul face o încadrare greşită a problemelor pacientului într-o categorie nosologică, el nu primeşte feedback imediat, căci dacă ar exista apriori un astfel de feedback atunci nu ar mai fi fost cazul să fie făcut diagnosticul.

Chiar atunci când se întâmplă să existe un feedback ca urmare a evaluării pacientului de către mai mulți experți, acest feedback nu este imediat, sistematic și ferit de distorsiuni (ex. efectul profeției: avem tendința să confirmăm diagnosticul prezentat anterior). Lipsa unui diagnostic etiopatogenetic face ca acest feedback în psihopatologie, chiar atunci când există, să nu aibă o funcție importantă.

În concluzie, practica clinică în psihopatologie referitoare la încadrarea problemelor pacientului într-o categorie nosologică nu îndeplinește condițiile unui context în care cunoștințele să se îmbogățească prin experiență clinică. În ceea ce privește lipsa unor diferențe de eficacitate între profesioniști și paraprofesioniști, profesioniști cu training complex (la nivel de doctorat) și experiență mare și profesioniști cu training mai simplu (ex. la nivel de master) și experiență mai scăzută, cu referire la tratamentele administrate explicația este următoarea. Tehnicile utilizate în psihopatologie sunt simple și bine structurate astfel că odată ce am asimilat elementele fundamentale ale lor experiența sau trainingul nu aduc o mai bună performanță în utilizarea lor (Dawes, 1996). Desigur, că există o iluzie a învățării prin experiența clinică, iluzie care ea însăși poate fi explicată psihologic. Astfel, prin practica clinică aproximezi diverse cunoștințe. Aceste cunoștințe, deși incomplete și bazate pe eșantioane nereprezentative de pacienți din practica proprie, sunt perpetuate prin două mecanisme (vezi Dawes, 1996 pentru detalii):

- *Mecanismele defensive ale psihopatologilor (pentru detalii în limba română privind mecanismele defensive vezi Miclea, 1997).* Aceste defense duc la încercarea de a-și confirma mereu cunoștințele anterioare, în loc să încerce să le falsifice și să le invalideze. În consecință, aceasta duce la un paradox: spre exemplu, cu cât sunt mai improbabile statistic unele cunoștințe despre predicții și clasificări, cu atât sunt mai vii în memorie și

mai încărcate emoțional. Încercarea de a le pune sub semnul întrebării generează reacții violente și defensive din partea profesionistului. Atunci când sunt confruntați cu informații și cunoștințe incomode și incongruente cu părerea pe care deja și-au format-o, subiecții defensivi au tendința să ignore conținutul lor și să atace stilul și forma în care sunt prezentate (Shedler și colab., 1993). Unii psihopatologii reacționează în aceeași manieră!

- *Factori cognitivi.* Cunoștințele dobândite prin experiență tind să se perpetueze. Ele se constituie într-o grilă cognitivă care determină automat subiectul să memoreze și să selecteze din experiență cazurile care le confirmă și să ignore cazutile care le infirmă. Astfel, ele devin extrem de accesibile și de reprezentative blocând asimilarea unor informații noi, corecte, dar incompatibile cu ele.

Așadar, studiile arată clar că experiența clinică, chiar atunci când nu este simplă trecere a timpului ci duce la dobândirea de noi cunoștințe, nu contribuie semnificativ la îmbunătățirea activităților psihopatologilor, în ciuda faptului că noi credem cu tărie și suntem convinși – prin experiența subiectivă – că experiența ne face mai performanți; *experiența ne face mai siguri de noi dar nu mai performanți!* Multă incompetență se ascunde în formulări de genul "mă bazez pe experiența mea clinică"! Aceasta este o altă lecție care ar trebui învățată de programele de formare în psihoterapie. Fără a ne plasa pe poziții exagerate și pornind de la datele existente în literatură (în ciuda faptului că ideea susținută de aceste date este contraintuitivă), credem că o analiză și un studiu a ceea ce poate fi îmbunătățit prin experiență și a ceea ce poate la fel de bine fi învățat din cărți sau într-un timp scurt, referitor la competențele psihopatologilor, trebuie să fie o prioritate în domeniu. Cercetări recente pe această linie (Garb, 1989) arată că training-ul și experiența clinică ar putea conta în anumite sarcini complexe (stabilirea

diagnosticului clinic și a statutului mental) și că ea poate fi optimizată prin strategii specifice (ex. falsificarea ipotezelor inițiale). Din păcate însă, studiile existente până acum pe această linie sunt doar în fază inițială (Garb, 1989) și ele nu ne ajută încă să luăm decizii informate științific cu privire la acest aspect.

3.2. Istoricul tabloului clinic al pacientului Psihopatologie (pentru detalii vezi Sarason și Sarason, 1999)

Psihanaliza a fost prima formă sistematizată de psihoterapie. Impactul ei a fost uriaș depășind limitele psihopatologiei, pătrunzând în cultură. O mare parte din fundamentele ei se regăsesc astăzi în diferite orientări teoretice din psihopatologie, ea influențând totodată evoluția multor orientări din acest domeniu. Astfel, fondatorii celor mai importante orientări în psihoterapie au fost ei înșiși psihanaliști (ex. Albert Ellis și Aaron Beck-fondatorii abordării cognitiv-compottamentale) sau noile abordări s-au dezvoltat în termeni Pro sau Contra Sigmund Freud și psihanaliză (ex. unele abordări umanist-existențialiste). Să analizăm în cele ce urmează evoluția temporară a tabloului clinic descris anterior în cazul pacientului Psihopatologie urmărind domeniile majore în care se manifestă semnele și simptomele: (1) diagnostic și evaluare clinică; (2) intervenție și tratament; (3) cercetare și (4) educație și formare.

Diagnostic și evaluare clinică. După cel de al doilea război mondial și după apariția DSM, numărul categoriilor nosologice a crescut într-un mod amețitor, cu o tendință evidentă de patologizare a vieții cotidiene (Beutler și Malik, 2002). De asemenea, recunoașterea psihologilor ca profesioniști independenți în domeniul sănătății psihice, a dus la încorporarea

unor teste psihologice ca elemente fundamentale în diagnosticul și evaluarea clinică.

Intervenție și tratament. Orientarea dinamic-psihanalitică și umanist-existențialistă sunt cele care au inițiat aspectele negative referitoare la intervenție și tratament și descrise în 3.1. Numărul mare de școli de terapie a început încă cu primele revolte împotriva psihanalizei freudiene când au apărut psihanaliza adleriană, psihanaliza jungiană, psihanaliza eului iar apoi cea a supraeului. Abordările cognitiv-comportamentale și biomedicale sunt cele care au ținut sub control aceste tendințe negative; ele au încercat să promoveze teorii și proceduri integrative și susținute științific care să depășească sectarismul diverselor școli.

Cercetare. Abordările dinamic-psihanalitice și cele umanist-existențialiste prin tradiție au fost mai puțin deschise spre date experimentale, favorizând studiile de caz și experiența clinică. Ilustrativă în acest sens este următoarea situație. Când Rosenzweig i-a scris lui Sigmund Freud menționând că a început să investigheze expetimental unele din aspectele descrise de el, Freud i-a răspuns că experimentul nu poate face mult rău! (MacKinnon și Dukes, 1962). Așadar simptomele și semnele manifestate la nivelul cercetării în psihopatologie, descrise în secțiunea 3.1. a acestei lucrări, au marcat disciplina de la începuturile ei. Abordările cognitiv-comportamentale și cele biomedicale au fost cele care au stimulat cercetarea științifică în cadrul psihopatologiei și sunt și astăzi promotoarele unei psihopatologii validate științific, deși trebuie observat că această cercetare este încă destul de mult contaminată de factori extrașiințifici.

Training și educație. Modelul de training în psihopatologie, pe linia psihoterapiei, a urmat tradiția începută de psihanaliza clasică. Din păcate nici psihoterapia cognitiv-comportamentală nu a putut eficientiza acest sistem de training

preluând aspectele sale fundamentale deşi nu erau verificate ştiinţific (vezi structura programelor de training în psihoterapie cognitiv-comportamentală la http://www.eabct.com). Trainingul în modelul biomedical este mai bine organizat şi mai realist deoarece el face parte din programele de formare din domeniul academic (deşi aşa cum am menţionat anterior este focalizat pe aspectul de patologie, ignorând nejustificat normalitatea), mai flexibile şi mai permisive la noile dezvoltări în domeniu.

3.3. Istoria personală şi socială a pacientului Psihopatologie

Apariţia formală a psihopatologiei a avut loc spre sfârşitul secolul XIX-începutul secolului XX. Desigur, prerechizite ale constituirii formale a psihopatologiei au existat cu mult timp în urmă (pentru detalii vezi Bălăceanu-Stolnici, 1981).

Astfel, în *Preistorie şi Antichitate* identificăm două curente care relevă rolul factorilor psihologici în patologie. Primul curent este unul de sorginte magică în care bolile erau concepute ca fiind expresia faptului că bolnavul era posedat de un spirit. Dacă spiritul era rău (cel mai adesea în cazul în care bolnavul avea comportamente antisociale sau autopunitive) tratamentul constă în eliminarea acestui spirit prin anumite ritualuri religioase (ex. exorcizarea) sau anumite mijloace fizice cu fundament religios (trepanaţii). Dacă spiritul era bun (comportamentul bolnavului nu era periculos social sau pentru propria persoană), boala era considerată sacră iar bolnavul era considerat un om cu atribute religioase (ex. profet). Al doilea curent concepea boala mentală ca fiind determinată de cauze naturale. Spre exemplu, Hipocrat definea epilepsia nu ca o boală sacră ci ca o boală determinată de tulburări ale creierului. În această perioadă modelul supranatural a fost dominant.

În *perioada Evului Mediu* ideea Antichităţii că boala psihică este determinată de posesiunea unui spirit rău a devenit dominantă. Bolnavii psihici erau declaraţi vrăjitori, posedaţi de diavol etc. iar tratamentele constau în izolarea acestora în locuri improprii (legaţi în lanţuri), exorcisme şi uneori chiar execuţia dacă aceasta era în interesul bisericii. Modelul supranatural a primit şi o dimensiune morală care sugera că uneori tulburările psihice şi de comportament sunt intenţionat produse de cei suferinzi, într-un mod similar cu comportamentul criminal-deviant. *În Epoca Modernă*, ca urmarea a slăbirii rolului bisericii în societate, modelul antic conform căruia boala psihică este un fenomen natural începe să devină dominant. Acum apar diverse orientări care încearcă să explice cum apare boala psihică, făcându-se apel la factori psihosociali şi de mediu (ex. Phillippe Pinel), factori organici (Griesinger, Kraepelin) sau psihologici (Mesmer, Charcot, Janet, Freud). *Epoca Contemporană* (sec. XX-XXI) este cadrul în care psihopatologia a devenit o ştiinţă de sine stătătoare cu impact major la nivel social şi cu orientări teoretice diverse printre care cele mai importante sunt orientarea biomedicală şi cea psihosocială. Acestea tind în ultimii ani să formeze o abordare interacţionistă bazată pe modelul stres-vulnerabilitate incluzând factorii etiologici descrişi de noi în capitolul 1, factori în cadrul cărora factorii psihologi au acelaşi statut ontologic ca şi cei fizici.

3.4. Statutul mental al pacientului Psihopatologie

Examinarea generală a statutului mental se referă la examinarea modului în care Psihopatologia conştientizează problemele menţionate de noi pe parcursul acestei lucrări. Această examinare trebuie făcută răspunzând la următoarele întrebări:

• Cum credeți că vă văd ceilalți? Ce credeți că gândesc ei despre dumneavoastră?

Psihopatologia se prezintă, și consideră că așa este percepută și de profesioniști din alte domenii, ca o disciplină riguroasă în care practica și cercetarea se îmbină armonios în scopul ameliorării suferinței psihice și optimizării subiectului uman sănătos (Sarason și Sarason, 1999).

• Vă considerați o persoană sănătoasă, fără probleme?

Psihopatologia recunoaște existența unor probleme dovadă fiind comentariile critice la adresa acestui domeniu care apar adesea chiar în lucrări de psihopatologie.

• Ce probleme credeți că aveți?

Din păcate recunoașterea existenței problemelor se face într-un mod extrem de defensiv. Adesea sunt menționate ca probleme limite ale paradigmei științifice, amintindu-se imediat că aceste probleme există și în alte domenii. Rareori se recunoaște explicit tabloul clinic prezentat de noi în această lucrare.

• Considerați necesar tratamentul pentru problemele dumneavoastră?

Curentele critice apărute în psihopatologie au sensibilizat domeniul spre introducerea anumitor "reforme structurale" cum ar fi paradigma bazată pe o practica validată empiric (evidence-based practice; EBP). Deși discuții aprinse încă există asupra modalității de implementare a acestei paradigme cei mai mulți sunt de acord că este nevoie de intervenții care să amelioreze funcționarea sistemului.

3.5. Rezultatele diagnosticului și evaluării clinice ale pacientului Psihopatologie

Examinând semnele și simptomele identificate și prezentate pe parcursul lucrării și coroborându-le cu literatura de specialitate, profilul psihopatologic al Psihopatologiei este cel prezentat mai jos.

Axa 1. Ea include categoriile nosologice clasice pentru ceea ce numim tulburare psihică (tulburări clinice). În cazul Psihopatologiei, diagnosticul pe această axă arată:

• Tulburări disociative;

• Tulburări anxioase însoțite de puternice mecanisme defensive; amintim aici în primul rând represia, negarea, intelectualizarea, reacția inversă, sublimarea;

• Psee psihotice confirmate de rupturile existente între Psihopatologie și realitatea exprimată prin evoluții recente în domeniu.

Axa 2. Ea include categorii nosologice care se referă la tulburări de personalitate. Elementul principal al acestor tulburări îl constituie inflexibilitatea trăsăturilor de personalitate care poate genera distres și/sau disabilitate. Psihopatologia potrivește toate categoriile tulburărilor de personalitate clasificate în cele trei grupe:

- Grupa 1 – tulburările de personalitate caracterizate prin comportament ciudat și excentric;
- *Grupa 2 – tulburări* de personalitate caracterizate printr-un comportament dramatic, narcisist, emoțional și eratic;
- Grupa 3 – tulburări de personalitate caracterizate prin comportament anxios și defensiv.

Axa 3. Include condițiile medicale care pot fi asociate cu sau pot influența tulburările psihice. Nu am identificat nici una.

Axa 4. Axa 4 se referă la stresorii psihosociali. Principalii stresori psihosociali ai psihopatologiei, selecționați din lista prezentată în DSM-IV (pentru detalii vezi Bentler și Malik, 2002) sunt:

• Problemele ocupaționale:

o Presiunea locurilor de muncă în condițiile creșterii numărului de specialiști;

o Dificultăți în a oferi tratamente bine validate științific;

- Probleme economice:
  - Finanțare insuficientă pentru a acoperi diversitatea serviciilor oferite de psihopatologi;
- Probleme legate de mediul social:
  - Discriminare. Spre exemplu, în SUA, o lungă perioadă de timp tulburările psihice nu au fost considerate la paritate cu cele somatice în ceea ce privește suportul oferit de stat. Abia recent, ca urmare a unor eforturi deosebite a Asociațiilor profesionale s-a recunoscut această paritate;
- Probleme educaționale:
  - Curriculă inadecvată cerințelor sociale (vezi comentariile noastre referitoare la programele de training).

Axa 5. Se referă la evaluarea globală a funcționării. Axa 5 este utilizată pentru a face o evaluare globală a nivelului general de funcționare a pacientului (indicele GAF). Evaluarea trebuie să fie focalizată pe aspectele psiho-sociale, evitându-se dificultăți care se datorează unor condiții medicale sau limitări ale mediului (ex. condiția economică). Scorul este cuprins între 0 și 100; cu cât scorul este mai mare cu atât funcționarea este mai bună. Ca urmare a evaluării făcute, psihopatologia pare să aibă un indice GAF de aproximativ 55. Aceasta înseamnă simptome și semne de intensitate moderată precum și dificultăți moderate în ceea ce privește funcția socială și ocupațională.

CAPITOLUL 4
CONCEPTUALIZAREA TABLOULUI CLINIC AL PACIENTULUI PSIHOPATOLOGIE

Conceptualizarea clinică încearcă să reliefeze mecanismele etiopatogenetice specifice și nespecifice care explică tabloul clinic al Psihopatologiei. Pentru a simplifica textul, în cele ce urmează voi prezenta o conceptualizare clinică generală – pentru întregul tabloul clinic luat în ansamblu și prezentat în capitolul 3. Conceptualizările specifice au fost prezentate prin discuțiile privind cauzele și evoluțiile problemelor specifice prezentate în capitolul 3; ele vor fi detaliate nici numai pentru diagnosticul și evaluarea clinică.

4.1. Mecanismele etiopatogenetice specifice

Mecanismele etiopatogenetice specifice se referă la mai multe categorii de factori. Așa cum am mai prezentat pe parcursul acestei lucrări, factorii declanșatori se referă la acei factori care în mod direct produc simptomatologia. Ei sunt factori necesari declanșării tabloului clinic dar adesea nu sunt și suficienți. De asemenea, mai trebuie să diferențiem factorii declanșatori de cei determinanți. Factorii determinanți au aceleași caracteristici ca cei declanșatori dar ei sunt specific legați de un tabloul clinic (ex. bacilul Koch pentru tuberculoză) în timp ce factorii declanșatori nu sunt specific legați de un tabloul clinic (ex. stresul poate genera tulburări depresive sau anxioase). Factorii predispozanți sunt acei factori care au un caracter general, aparțin pacientului, au fost prezenți înainte de instalarea tabloului clinic și care, prin interacțiune cu factorii declanșatori și favorizanți, duc la tabloul clinic. În cazul Psihopatologiei, instalarea tabloului clinic a fost declanșată se pare de războaie iar factorii favorizanți au fost reprezentați de disponibilitatea

forurilor politice de a găsi soluţii rapide la incapacitatea sistemului medical (factori predispozanţi) de a face faţă noilor situaţii aduse de războaie. Astfel, prezenţa războaielor a dus la apariţia unui număr mare de pacienţi suferind de nevroză de război sau alte tulburări psihice asociate războiului. Deoarece în acea perioadă tratamentul pentru tulburările psihice era făcut doar de către medicii psihiatrii, aceştia s-au văzut copleşiţi de numărul mare de bolnavi. În plus, un alt element predispozant pentru instalarea tabloului clinic al Psihopatologiei pare să fie continuarea unor tradiţii depăşite în practică, în cercetare şi în programele de formare. La nivel guvernamental s-au căutat soluţii la această problemă. O propunere imediată a fost ca psihologii să urmeze un training suplimentar pentru a prelua o parte din competenţele psihiatrilor. Această propunere a fost acceptată rapid, argumentul principal fiind acela că psihologii au o pregătire riguroasă în metodologiile de cercetare ştiinţifică – pregătire care lipsea medicilor – şi prin urmare ei ar putea să acopere deficitul de specialişti în domeniu şi, în plus, să dea o nouă faţă practicii în psihoterapie, prin promovarea unor tratamente validate şi susţinute ştiinţific (Dawes, 1996). Această decizie a dus la o dezvoltare extraordinară a psihologiei şi la diversificarea serviciilor oferite de psihologi, dezvoltare neanticipată şi care oarecum i-a surprins nepregătiţi pe aceştia. Spre exemplu, dacă principala funcţie a psihologului clinician era diagnosticul clinic, iată că acum funcţiile lui erau extinse ajungându-se la paritate cu psihiatrii. Ambele grupuri de profesionişti, psihologi şi psihiatri, au ca şi competenţe:

- Diagnostic şi evaluare clinică;
- Intervenţie şi tratament;
- Cercetare;
- Educaţie şi training în domeniu.

În timp ce psihiatrii şi-au păstrat competenţa de administrare a medicaţiei (competenţă care însă în unele state

americane este deja recunoscută şi psihologilor) psihologii şi-au păstrat competenţa de a utiliza instrumentarul şi testarea psihologică. Această dezvoltare extraordinară a psihopatologiei ca urmare a unei nevoi sociale de servicii de specialitate a dus însă uneori la punerea serviciilor oferite înaintea datelor ştiinţifice. Acest lucru s-a exprimat în modul mai puţin performant de a face diagnostic, tratament şi cercetare şi în lipsa preocupărilor psihopatologiei de a-şi valida ştiinţific programele de formare.

Sumarizând (vezi şi Dawes, 1996), războaiele prin consecinţele lor negative privind creşterea numărului de bolnavi care necesitau tratamente pentru tulburări psihice (factorii declanşatori) au găsit un sistem medical complet nepregătit ca număr de profesionişti, modele de practică, cercetare şi programe de formare (factori predispozanţi). Interacţiunea acestor factori a generat o dezvoltare bruscă şi neaşteptată a psihopatologiei ca ştiinţă, cu avantajele dar şi lipsurile descrise de noi în această lucrare. Această dezvoltare a fost favorizată (factori favorizanţi) de un sistem politic interesat în a găsi soluţii la problemele ridicate de război în ceea ce priveşte sănătatea psihică. Factorii de menţinere au rolul de a susţine simptomatologia; acest rol poate fi jucat de factorii declanşatori, favorizanţi sau predispozanţi care au declanşat tabloul clinic dar şi de alţi factori care au apărut după generarea tabloului clinic. Dintre factorii de menţinere cei mai importanţi pentru tabloul clinic al Psihopatologiei, amintim (vezi pentru detalii Beutler şi Malik, 2002; Dawes, 1996):

- Inerţia unui sistem învechit dar bine organizat;
- Sistem inflexibil şi greoi în schimbare;
- Un număr prea mare de profesionişti în domeniu ceea ce stimulează atitudini pseudoştiinţifice;
- Factori socio-economici;
- Lobby politic.

Să exemplificăm rolul factorilor de menţinere a simptomelor şi semnelor legate de modul cum se face

diagnosticul și evaluarea clinică în psihopatologie (pentru detalii vezi Beutler și Malik, 2002). Numărul mare de diagnostice nosologice, fără justificare științifică, a fost explicat astfel:

- *Categoria nosologică are un rol paleativ pentru disconfortul profesionistului.* Confruntat cu comportamente ieșite din sfera normalității, profesionistul își satisface nevoia de predicție și control prin utilizarea unei categorii nosologice. În plus, încadrarea problemelor pacientului într-o categorie nosologică sugerează o schemă de tratament dând coerență activități profesionistului. Adesea, casele de asigurări de sănătate plătesc tratamentele dacă ele corespund diagnosticului stabilit, astfel că profesioniștii sunt încurajați să utilizeze aceste categorii nosologice. Cu cât aveni mai multe categorii nosologice cu atât funcția și rolul social al psihopatologului sunt mai bine servite.
- *Utilizarea categoriilor nosologice oferă identitate profesională.* Diagnosticul acoperă peste 50% din totalitatea activităților desfășurate de psihopatologi (Humphreys, 1996), fiind una din atribuțiile prototip ale acestei profesii, alături de cea de tratament. Pentru a-și păstra identitatea profesională, adesea interesul devansează datele științifice. Lilienfeld și colab. (2003), au arătat cum anumite categorii diagnostice psihiatrice (ex. ADHD, tulburarea de personalitate multiplă tulburare de identitate disociativă) deși încă neclarificate și ambigue din punct de vedere științific, sunt promovate pe piața ca certe și în plus, se administrează tratamente pe baza lor.
  - Să examinăm doar cazul ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Tulburarea de deficit atențional și hiperactivitate). Simptomele acestei tulburări sunt deficitul atențibilal (ex. deficit în concentrarea atenției) și/sau hiperactivitate-impulsivitate. Tratamentul principal este cel medicamentos, cu Ritalin, spre exemplu. De ce este controversat acest diagnostic? Unii autori afirmă că acest diagnostic este unul politic care ne ajută

să facem față copiilor neascultători. Diagnosticați psihiatric și puși sub medicație, acești copii devin mai controlabili, ceea ce este în interesul părinților și al educatorilor nu atât al copiilor. Autorii își bazează astfel de afirmații pe lipsa unor mecanisme etiopatogenetice clare (biologice sau psihologice) pentru această tulburare. Altfel spus, pe baza unor criterii sociale se instituie un diagnostic medical. Depășind acest gen de critici teoretice (care se potrivesc mai multor categorii nosologice psihiatrice – fiind vorba de copii cărora li se administrează psihotrope cu efecte secundare și cu potențial risc pentru dezvoltarea lor psihobiologică, ele sunt mai încărcate emoțional în cazul ADHD) voi menționa două critici bine validate științific.

- Studiile recente arată că există o tendință de administrare excesivă de medicație pentru ADHD. Un studiu recent al lui LeFever (1999) a arătat că procentul tratamentului utilizat pentru ADHD a depășit de trei ori prevalența estimată a acestei tulburări; acest lucru ne amintește de criticii care afirmă că acest tratament este utilizat pentru confortul educatorilor și al părinților, nu pentru copii.
- Există o focalizare excesivă și nejustificată pe tratamentul medicamentos în cazul ADHD, ignorându-se intervențiile psihoterapeutice. Este adevărat că studiul clinic randomizat "NIHM Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder" (MTA) (MTA cooperative group, 1999; 1999a) la o interpretare cantitativă sugerează că cel mai eficient tratament este cel medicamentos (au fost comparate patru

grupuri de pacienți cu ADHD, tratați cu: (1) terapie comportamentală; (2) medicație; (3) terapie și medicație combinate și (4) tratament standard în comunitate). La o analiză atentă lucrurile sunt mai nuanțate și ele arată că pentru ADHD, tratamentele psihoterapeutice trebuie promovate alături de cele medicamentoase în campaniile publicitare:

- Copii care au primit doar tratament psihoterapeutic-comportamental și-au îmbunătățit semnificativ simptoma – tologia chiar dacă nu la nivelul celor cu medicație în toate domeniile investigate; trebuie menționat însă că medicația era administrată continuu în timp ce intervenția psihoterapeutică a fost oprită la momentul evaluării și în evaluările posttratament.
- O combinație a celor două tratamente s-a dovedit mai eficientă pe termen lung decât celelalte condiții.
- Satisfacția părinților a fost mai mare în condițiile care presupuneau tratament psihoterapeutic și acest lucru este important ținând cont că ADHD este o tulburare cronică care necesită tratament pe termen lung

o *Categoriile nosologice sunt un instrument de marketing.* Categoriile nosologice sunt un instrument de marketing pentru companiile farmaceutice. Strategiile acestora s-au schimbat semnificativ în ultimii ani. Astfel, în loc să promoveze produsul farmaceutic numai profesioniștilor care urmează să-l prescrie, promovarea se face și direct pacientului. Având categorii

nosologice noi, sau nume noi pentru categorii nosologice vechi, face această strategie mai eficientă. Recent, Wall Street Journal a descris astfel de strategii pentru a promova un produs medicamentos –Luvox - în cazul tulburării obsesiv-compulsive (pentru detalii vezi Houts, 2002):

- *Conștientizarea unei probleme.* În următoarele luni se va vorbi despre tulburările obsesiv-compulsive pretutindeni. Broșuri despre aceste tulburări vor fi prezentate în cabinetele medicilor, un proeminent cercetător va publica un studiu arătând că tulburările obsesiv-compulsive costă economia Americană milioane de USD pe an, profesioniștii care tratează această tulburare vor face emisiuni despre tulburări obsesiv-compulsive, vor da declarații și interviuri în massmedia etc.
- *Focalizarea atenției.* Prin aceste strategii a două mari companii farmaceutice, Upjohn Co. of Kalamazoo, Mich., și Belgian firm Solvay SA, tulburările obsesiv-compulsive sunt aduse în atenția publicului.
- *Protecția părții interesate.* Campania este discretă în sensul că aceste companii nu sunt expuse direct, ci strategia de marketing este făcută prin a treia parte cum ar fi diverse asociații profesionale și grupuri de suport pentru diverse categorii de pacienți.
- *Mecanismul biologic al tulburării.* O campanie paralelă promovează ideea că tulburările obsesiv-compulsive au în primul rând o bază biologică și în consecință tratamentul trebuie să fie unul medicamentos.
- *Apariția tratamentului corespunzând mecanismul identificat: mecanism biologic-tratament medicamentos.* Când toate aceste condiții sunt stabilite apare într-un mod "nevinovat", dar la timp, și medicamentul produs de aceste companii farmaceutice pentru a "salva" situația pacienților în suferință.

o *Categoriile nosologice sunt un instrument economic pentru Asociația Psihiatrilor Americani.* Categoriile nosologice promovate prin DSM aduc beneficii economice uriașe Asociației Psihiatrilor Americani. Spre exemplu, după apariția DSM–IV, în primele 10 luni s-au vândut aproximativ 458000 exemplare ceea ce a adus aproximativ 18 milioane de USD. Înțelegem în aceste condiții graba cu care apar ediții revizuite (la un interval de numai câțiva ani). În plus se dezvoltă o întreagă industrie în jurul DSM incluzând materiale care explică DSM; studii de caz, workshop-uri pentru utilizarea lui etc. (Beutler și Malik, 2002).

o *Categoriile nosologice sunt uneori soluții la problemele sociale.* Altfel spus, o problemă socială se transformă într-o problemă medicală și își găsește o oarecare soluție. Uneori însă această strategie are un rol de oprimare (Borges, 1995). Amintim aici că (vezi pentru detalii, Borges, 1995):

- Înainte de 1974, homosexualitatea a fost definită în DSM ca o tulburare mentală;
- Fuga sclavilor negri în America de pe domeniile unde lucrau în loc să fie considerată un exemplu al dorinței de libertate a fost definită ca o boală, pentru care s-a găsit și un nume: drapetomania;
- Dizidenții politici în fostele și actualele țări comuniste au fost/sunt adesea etichetați ca schizofreni sau ca având alte tulburări mentale prin simplul fapt că se opuneau/ opun acestor regimuri totalitare (vezi cazul clasic al Uniunii Sovietice).

Pe lângă aceste exemple nefericite, trebuie să menționăm însă clar că adesea psihopatologul intră în contact cu un bolnav psihic real după ce acesta a produs probleme sociale în familie, la serviciu, în comunitate etc. Aplicarea unei categorii nosologice problemelor acestui pacient justifică intervenția profesionistului. Deoarece această intervenție presupune scoaterea individului din mediul în care a produs probleme sau modificarea comportamentului acestuia (ex. prin medicație sau

psihoterapie), ea are consecințe pozitive pentru acela care au avut de suferit din cauza pacientului. Cu cât avem la dispoziție mai multe categorii nosologice cu atât această funcție a psihopatologului poate fi realizată mai ușor. Situația descrisă mai sus are uneori consecințe pozitive și pentru pacient:

- Poate avea acces la unele servicii sociale la care nu ar avea acces fără diagnosticul nosologic;
- Poate simți mai puțină vinovăție și rușine odată ce comportamentul lui are o explicație: suferă de o tulburare diagnosticată!;
- Uneori îl poate scuti de anumite consecințe severe ale legii.

o *În ultimele decenii numărul profesioniștilor în psihopatologie a crescut într-un ritm amețitor:* Cheltuielile pentru serviciile oferite de acești profesioniști au crescut în SUA cu 13% în fiecare an între 1985-1988 (Dawes, 1996). Având un număr atât de mare de experți este nevoie de obiectul muncii care uneori este dat artificial prin numărul mare de categorii nosologice inventate. Deși aceste analize se bazează pe literatura americană, poate că noi românii, le putem înțelege mai bine deoarece ele ne amintesc de situația mamuților industriali din perioada comunistă și imediat postcomunistă care erau menținuți artificial în funcție pentru a proteja forța de muncă, deși produsele lor erau necompetitive sau în exces.

Acestea fiind spuse, este departe de mine gândul de a sugera că diagnosticul nosologic psihiatric trebuie eliminat. Ceea ce am încercat să fac a fost să stimulez o atitudine critică și reflexivă asupra acestei metode (a cunoaște prealabilul metodei cum ar spune Gadamer) pentru a putea aprecia mai bine ceea ce este de apreciat – ideea de clasificare nosologică în psihopatologie –, a elimina ceea ce este de prisos – exagerările și influența factorilor pseudoștiințifici în acest sistem de clasificare – și a aduce completări acolo unde este cazul – eventual noi modalități de clasificare a tulburărilor psihice –.

4.2. Mecanisme etiopatogenetice nespecifice sau psihopatologia psihopatologilor

Prima categorie a mecanismelor etiopatogenetice nespecifice se referă la modul în care pacientul își interpretează simptomatologia. Este psihopatologia prin psihopatologii ei capabilă să își interpreteze tabloul clinic într-un mod care să o ajute să își amelioreze semnificativ simptomatologia? Probabil că nu. Ne-am aștepta că cei care tratează problemele psiho-comportamentale și emoționale ale altora să fie capabili să își trateze propriile probleme de acest tip! Ne-am aștepta ca cei care spun că îi ajută pe alții să își optimizeze performanțele și să se dezvolte personal, să poată să facă acest lucru și în cazul lor! Datele pe care le avem în acest moment ne arată că lucrurile nu stau absolut deloc așa (ex. Deusch, 1985; Guy, 1987; Guy și colab., 1989; Hawton și colab., 2001; Morrow și colab., 1994; Rollman și colab., 1997; Sherman, 1996 etc.).

Prevalența și incidența majorității tulburărilor psihice este la fel de mare în grupul de psihopatologi ca și în populația generală. Aceste tulburări odată prezente, adesea afectează calitatea tratamentelor oferite (în 36,7% din profesioniști-psihologi) sau pot duce chiar la administrarea inadecvată a tratamentelor pe care psihopatologii le administrează pacienților (4,6% din profesioniști-psihologi).

Aproape 70% din psihologii care au suferit tulburări psihice au făcut apel la servicii de tratament psihologic și/sau psihiatric.

Aproape 50% din psihopatologi spun că au trecut prin crize personale care i-au făcut incapabili să facă psihoterapie în următoarele câteva săptămâni.

Aproape 6% din psihologi sunt afectați de consumul de alcool (Kilburg și colab., 1986) iar 27% sunt afectați de alcool, consumul de droguri, depresie, probleme sexuale și epuizare

(Laliotis și Garyson, 1985). În anii '70 s-a format un grup de suport numit "Psychologists" pentru psihologii dependenți de alcool.

Anumite tulburări psihice se pare că sunt chiar mai frecvente în grupul psihopatologilor în comparație cu populația generală după cum arată indicatorii următori:

- Rata suicidului. În grupul de medici, psihiatrii sunt de 5 ori mai predispuși la suicid în comparație cu alte categorii de medici, dar rata suicidului este la nivelul populației generale. În schimb, profesioniștii femei, sunt mai predispuși la suicid decât restul populației (Hawton și colab., 2001). Alertați de rata suicidului între psihiatrii, încă din anii '70, Asociația Psihiatrilor Americani a creat o Echipă de Lucru pentru Prevenirea Suicidului (Task Force on Suicide Prevention).
- Dificultăți de relaționare în cuplu (ex. calculată pe parcursul a 30 de ani, rata divorțului la psihiatri americani a fost de 51%, rata fiind cea mai mare în cadrul categoriilor medicale și mult mai mare decât rata populației generale) (Rollman și colab., 1997)
- Dificultăți de relaționare cu ceilalți, probabil din cauza unor trăsături narcisist-histrionice care îi fac extrem de defensivi (ex. Garfinkel și colab., 1997; Rollamn și colab., 1997).

Așadar, considerând limitele metodologice ale studiilor pe baza cărora s-au formulat aceste concluzii (ex. reprezentativitatea eșantioanelor folosite), putem spune cel puțin, că în general, psihopatologii nu par să fie mai fericiți sau mai sănătoși din punct de vedere mental în comparație cu populația generală. Ce înseamnă aceasta? Nimic important, ar putea să fie primul răspuns. Mulți medici care tratează cancerul sau alte boli pot avea cancer sau bolile pe care le tratează. De ce nu ar fi acest lucru valabil și pentru psihopatologi? Ei bine, noi credem

că lucrurile sunt complet diferite și analogia nu se justifică. Factorii etiopatogenetici implicați în tulburările psihice includ o clasă importantă de factori psihologici, potențial controlabili. În timp ce putem controla mai greu factorii genetici și biologici, factorii psihologi precum; modul în care gândim, ne comportăm etc. sunt potențial controlabili. Este ciudat să spui pacientului că îl vei ajuta să își rezolve problemele emoționale învățându-l cum să își controleze comportamentele și cognițiile, dar tu, ca psihopatolog, continui să suferi emoțional! Este ciudat să promiți altora că îi vei învăța să memoreze mai bine, să ia corect decizii, să își controleze emoțiile, să învețe mai repede, dar tu nu memorezi sau înveți mai bine ca alții, nu iei decizii mai bune și nu ești mai stabil emoțional. Este ciudat să spui că poți să-i înveți pe alții cum să își trăiască eficient viața și cum să fie fericiți când tu nu ești capabil să obții aceste lucruri! În plus, cum se explică această situație dincolo de faptul că profesia de psihopatolog este cu un grad ridicat de solicitare și stres (Guy, 1987) și în ciuda faptului că 70% dintre psihopatologi parcurg un modul de terapie personală ca parte a training-ului lor în psihoterapie (Guy, 1987)? Există două explicații posibile:

• Psihopatologii știu cum ar trebui să se comporte pentru a fi fericiți și pentru a evita tulburările psihice (au competența) în ciuda situațiilor stresante, dar aceste cunoștințe rămân la nivel declarativ și nu se proceduralizează (nu se exprimă în performanță). De ce nu se exprimă în performanță? Pentru a se exprima în performanță cunoștințele declarative trebuie proceduralizate prin practică asupra propriei persoane, ceea ce duce la contextualizarea lor și la utilizarea lor automată în diverse situații stresante (Anderson, 1990). Din păcate, prin training-ul lor și prin activitatea profesională, psihopatologii proceduralizează cunoștințele lor declarative în primul rând asupra pacienților, nu asupra propriei persoane.

• Cunoștințele psihopatologilor sunt iluzii care funcționează pentru pacienți prin efectul placebo. În consecință, ele pot ameliora suferința unui pacient dar nu a celui care știe că își administrează un tratament placebo!

Care din aceste două explicații este mai probabilă? Prima explicație pare să aibă o plauzibilitate mai mare, potrivind teoriile asupra distincției dintre experți și novici; se pare că în psihopatologie rămânem niște "veșnic novici" purtând haine cu marca de "aparenți experți". Totuși, dacă ne amintim că, cunoștințele dobândite prin practica clinică nu ne fac mai buni în predicțiile și tratamentele pe care le administrăm, atunci și a doua explicație poate acoperi o parte din adevăr; cercetările viitoare vor tranșa probabil între aceste explicații propuse aici. Sigur, discutând aceste explicații am exclus posibilitatea că Psihopatologii sunt masochiști – deși îi învață pe alții să fie fericiți lor le place să sufere!

A doua categorie de mecanisme etiopatogenetice nespecifice se referă la reacțiile mediului social. Se pare că în ceea ce privește cazul psihopatologiei există o oficializare instituțională a tabloului clinic. Reacțiile mediului social prin criticile asupra Psihopatologiei ca sistem (ex. Szasz, 1967), prin cerința pentru tratamente eficiente și diagnostice riguroase, mențin o stare de tensiune asupra Psihopatologiei, care poate amplifica simptomatologia.

4.3. Factori de protecție și rezistență

În ciuda tabloului clinic prezentat există o serie de factori de protecție și rezistență care limitează dezvoltarea tabloului clinic și care constituie prerechizitele pentru un tratament eficient.

4.3.1. Nivelul ridicat al capacităților intelectuale ale psihopatologilor

Studiile de specialitate (Hilton și Schrader, 1987) au arătat că profesioniștii în domeniul psihopatologiei sunt dintre elevii și studenții de vârf. În plus, scorurile GRE (graduate record examination) și GAR (grade point averages) cerute pentru programele de psihologie clinică și pentru școlile medicale sunt printre cele mai mari (vezi pentru detalii APA, 2002). De asemenea, unii autori au arătat că, în medie, coeficientul de inteligență al profesioniștilor din acest domeniu (estimat cu Wisconsin Hommo-Nelson) este cel mai mare în comparație cu alte profesii, deși aceste diferențe nu sunt semnificate statistic în categoria profesioniștilor cu studii superioare (Hauser, 2002). Sigur, toate aceste studii trebuie văzute cu limitele lor (ex. mărimea și reprezentativitatea eșantioanelor folosite) și dincolo de "patriotismul profesional". Ce putem spune cu rigoare pe baza datelor pe care le avem, este că profesioniștii care lucrează în domeniul psihopatologiei, din punct de vedere intelectual/cognitiv fac parte din clasele cu scorurile cele mai mari. Din păcate însă, tot bazat pe datele pe care le avem, este adevărat că o parte din acești profesioniști aleg acest domeniu având prealabil probleme psihologice și personale, în primul rând legate de problemele din familiei din care provin (Elliott și Guy, 1993); adesea, ei văd în studierea acestui domeniu o oportunitate de a se cunoaște mai bine și de a-și rezolva propriile probleme.

4.3.2. Spiritul critic al psihopatologilor

Existența unor oameni de mare capacitate intelectuală și curaj care au menținut un spirit critic în domeniu, urmărind un ideal popperian, și anume că cea mai bună cale de a te apropia de adevăr este critica permanentă pe care o faci propriilor construcții, este o prerechizită sănătoasă a domeniului. Așa cum

am mai spus, o atitudine defensivă, de protecție a propriilor produse intelectuale, nu face altceva decât să genereze produse pentru "iarmaroc" nu pentru o "piață internațională" și profesioniști cu "vocație de stea de iarmaroc", nu cu "vocație internațională". Să amintim aici câteva tendințe în psihopatologie care au menținut treaz spiritul critic.

Curentul antipsihiatrie (pentru detalii vezi Szasz, 1967). Fără a intra în detalii, o direcție de contestare a psihopatologiei s-a născut chiar în rândul psihopatologilor (ex. psihiatrilor), generând curentul antipsihiatrie (ex. Laing, 1967; Szasz, 1967). Aceștia afirmă că noțiunea de boală mentală este un mit; boala mentală fie are substrat organic și atunci este de competența neurologiei, fie nu are substrat organic și atunci nu ține de resortul medicinei ci de domeniul psihosocial. Mai mult, noțiunea de boală mentală, afirmă autorii, este o simplă etichetă care în loc să țină de sfera juridică și socială este încorporată în sfera medicinei; altfel spus, adesea stabilim niște categorii medicale cu ajutorul unor criterii sociale! Deși afirmația că psihiatrii nu fac altceva decât să se joace de-a medicii reprezintă o poziție extremistă, unele argumente serioase (precum cele vizând etiologia psihogenă și socială a unor afecțiuni psihice) au pus sub semnul întrebării aspecte reducționiste în psihopatologie (ex. aplicarea "modelului infecțios" în cazul tulburărilor psihice sau psihosomatice) și au favorizat noi dezvoltări în domeniu.

Curentul antiDSM (pentru detalii vezi Beutler și Malik, 2002). Cel mai utilizat sistem de clasificare a tulburărilor psihice este DSM. Expresie a Asociației Psihiatrilor Americani și acceptat oficial într-un număr mare de țări, el a dobândit o influență mai mare decât ar merita luându-se în calcul valoarea lui științifică. Astfel că a apărut o mișcare antiDSM. Această mișcare este una critică și constructivă propunându-se diferite alternative la DSM. DSM promovează o clasificare categorială descriptivă a tulburărilor psihice, pe baza unor criterii clar defi-

nite. Variantele alternative DSM-ului sunt: (1) o clasificare categorială descriptivă pe bază de prototip nu pe bază de criterii; (2) o clasificare etiopatogenetică a tulburărilor psihice nu una descriptivă; (3) o clasificare dimensională a tulburărilor psihice nu una categorială şi (4) un diagnostic focalizat pe simptom. Să le analizăm succint în continuare.

• *Diagnostic categorial pe bază unor criterii versus prototip* (pentru detalii vezi, Lilienfeld şi Marino, 1985; Westen şi colab., 2002). Diagnosticul DSM este unul categorial, categoriile fiind instituite pe baza unor criterii clare. Un caz devine membru al categoriei prin comparaţie cu criteriile care definesc categoria. Cercetările din psihologia cognitivă arată însă că noi rareori clasificăm lucrurile pe baza unor criterii (Rosch, 1973). Sistemul cognitiv uman clasifică lucrurile preponderent pe bază de prototip. Termenul de prototip are două înţelesuri. Unul din ele se referă la un exemplar tip, iar celălalt se referă la un exemplar ideal, un portret-robot care însumează caracteristicele mai multor membri ai categoriei. Aşadar, atunci când clasificăm un obiect într-o categorie, nu îl comparăm cu caracteristicile esenţiale ale categoriei respective, ci cu un exemplar prototip. Pentru a eficientiza clasificarea psihiatrică şi a o face ecologică, s-a sugerat utilizarea prototipului pentru DSM. Propuneri concrete pentru un diagnostic nosologic psihiatric pe bază de prototip s-au făcut (pentru detalii şi exemple vezi Westen şi colab., 2002), ele urmând a fi investigate sub aspectul validităţii lor în studii viitoare.

• *Diagnostic nosologic etiopatogenetic* (a fost discutat de noi anterior, pe parcursul acestei lucrări, 3.1.1.3.; vezi Kihlstrom, 2002 pentru detalii).

• *Diagnostic dimensional.* Conform acestui model clasificările tulburărilor psihice ar trebui făcute pe nişte dimensiuni care să exprime trecerea treptată de la normalitate la patologie la un prag determinat statistic. S-a încercat propunerea

unor astfel de dimensiuni (vezi pentru detalii Joiner şi Schmidt, 2002) dar cum lista lor nu a fost clar convenită încă nu s-a generalizat acest sistem de clasificare.

• *Diagnostic categorial versus diagnostic focalizat pe simptom* (pentru detalii vezi Persons, 1986). Diagnosticul DSM este unul categorial. Un diagnostic psihologic alternativ s-ar focaliza pe funcţiile psihologice afectate în diverse tulburări psihice, funcţii care apar în mai multe categorii nosologice. Spre exemplu, tulburările de tip delirant apar în mai multe categorii nosologice (ex. tulburări delirante, schizofrenie etc.). Această abordare ar putea duce la clarificarea mecanismelor care generează aceste simptome specifice, prin includerea în cercetare a unor pacienţi cu simptome omogene; voi reveni cu detalii asupra acestei orientări la secţiunea de tratament.

Curentul pentru utilizarea tratamentelor susţinute ştiinţific. Asociaţia Psihologilor Americani prin Divizia 12 a propus o metodologie prin care să fie promovate tratamentele susţinute ştiinţific (pentru detalii vezi anexa 1 şi discuţiile din 3.2.).

4.3.3. Presiunea caselor de asigurări de sănătate şi paradigma medicinei validată ştiinţific

Ca urmare a bugetelor retluse, casele de asigurări de sănătate au început să promoveze o politică dură prin care sunt susţinute financiar doar acele servicii de sănătate care sunt validate ştiinţific. Aceste constrângeri au luat prin surprindere sistemul de sănătate obişnuit să fie susţinut financiar prin simplu fapt că scopul său este unul umanist – ameliorarea suferinţei şi promovarea sănătăţii. Această politică a caselor de asigurări de sănătate a dus la apariţia unor mişcări de promovare a ştiinţei în domeniul psihopatologiei prin apariţia medicinei validată ştiinţific (evidence-based medicine; EBM) şi psihoterapiei validate ştiinţific (evidence-based psychotherapy EBP). EBM (Sackett şi colab., 1996) nu este o idee nouă. Originile ei filosofice pot fi

clar evidențiate încă în secolul XIX și poate chiar mai înainte. Aceste idei au devenit însă intens promovate și ridicate la rangul de standarde în domeniu în principal sub presiunea caselor de asigurări de sănătate interesate în a-și reduce costurile prin focalizarea resurselor doar asupra acelor proceduri medicale și non-medicale care sunt validate științific (Sackett și colab., 1996). Mulți profesioniști și pacienți cred că tratamentele administrate de profesioniști, respectiv primite de pacient într-un cadru medical (ex. spital), sunt validate științific (sunt mai bune decât nimic, decât alte tratamente mai vechi sau decât un tratament placebo). Bi bine, iată că lucrurile nu stau deloc așa. Să prezentăm trei exemple care arată acest lucru.

Artroscopia pentru osteoartrita genunchiului este utilizată pe scară largă în practica chirurgicală. Spre exemplu, în SUA anual se fac peste 650000 de astfel de operații cu costuri mari pentru sistemul de sănătate. Această procedură a fost considerată o practică medicală riguroasă bazată pe ani de experiență și succese. Ea nu a fost însă testată în studii clinice randomizate. În 2002 un grup de chirurgi (Moseley și colab., 2002) orientați spre medicina validată științific au hotărât să supună acest tip de intervenție unui studiu clinic randomizat. Ei au inclus în studiu 180 de pacienți, distribuiți randomizat în trei grupuri: (1) artroscopie cu debridare; (2) artroscopie cu lavaj și (3) placebo. Primele două grupuri reprezentau cele două școli de "gândire chirurgicală" care încercau să explice de ce intervenția chirugicală prin artroscopie este utilă în controlul durerii. Artroscopia cu debridare încearcă să reducă durerea prin "curățirea" suprafețelor articulare și eliminarea zonelor inflamate. Artroscopia cu lavaj încearcă să elimine fragmentele micro sau macroscopice de cartilaj care pot induce inflamație, cauzatoare a durerii. Condiția placebo era lotul de control; în acest caz pacienții au fost induși în eroare că sunt operați (ex. li s-a făcut o incizie la nivelul tegumentului) deși nu au fost operați.

Rezultatele publicate în New England Journal of Medicine au arătat că nu există diferențe semnificative între cele trei grupuri în ceea ce privește simptomatologia (ex. durerea); urmărirea evoluției pacienților a arătat că după doi ani, intervențiile chirurgicale nu au adus mai multe consecințe pozitive decât procedura placebo! Ținând cont că în SUA anual se fac peste 650000 de astfel de operații, fiecare costând aproximativ 5000 USD, probabil că ar fi o practică științifică și economică bună reconsiderarea reflexivă a acestui tip de intervenție chirurgicală!

Psihologia sănătății și medicina preventivă au favorizat și încurajat utilizarea tehnicii de autoexaminare a sânilor. Justificarea era că astfel se poate identifica precoce cancerul de sân (neoplasmul mamar). O întreagă industrie de cursuri și workshop-uri care urmăreau să generalizeze această practică s-a dezvoltat. Deși plauzibilă, utilitatea tehnicii de autoexaminare a sânilor pentru identificarea precoce a cancerul de sân nu a fost testată niciodată pe scară largă în studii clinice controlate, considerându-se că bunul simț și practica clinică au validat-o. Recent însă s-au publicat rezultatele unui studiu clinic controlat (Thomas și colab., 2002) care arată cu totul altceva! Un număr uriaș de paciente – 266064 – au fost distribuite randomizat în două grupuri: (1) grupul care era învățat să facă autoexaminarea sânilor și (2) grupul de control (fără nici o procedură). Printr-un procedeu de control riguros (pentru detalii vezi Thomas și colab., 2002) autorii studiului s-au asigurat că pacientele sunt învățate să practice autoexaminarea sânilor corect și că ele practică autoexaminarea lunar. Studiul a început în anul 1989 și s-a desfășurat pe o perioadă de 11 ani. În anul 2000 s-au evaluat primele rezultate care au fost publicate în Journal of National Cancer Institute. S-a observat că mortalitatea prin cancerul de sân a fost identică în cele două grupuri! În plus, în grupul care practica autoexaminarea sânilor au crescut costurile medicale prin faptul că s-au efectuat mai multe mamografii și biopsii și s-au

identificat mai multe tumori benigne. Autorii studiului au sugerat că atunci când se recomandă această tehnică, pacienții trebuie informați că eficiența acestei tehnici nu este demonstrată științific și că ea poate duce la un număr mai mare de biopsii (și stres asociat acestora!) fără ca aceasta să scadă mortalitatea prin cancer de sân.

La nivelul simțului comun și chiar de către unii medici se încurajează repaosul la pat în cazul durerii acute de spate. Relativ recent, un studiul clinic controlat (Malmivaara și colab., 1995) a comparat pacienții cu astfel de afecțiune distribuiți randomizat în trei grupuri: (1) grupul care rămânea în repaos la pat; (2) grupul încurajat să facă mișcarea obișnuită pe parcursul zilei și (3) grupul care făcea exerciții specifice de mobilizare a spatelui. Rezultatele publicate în New England Journal of Medicine au arătat că cele mai bune rezultate s-au obținut în cazul grupului încurajat să facă mișcarea obișnuită pe parcursul zilei! Vechiul fat medical și intuiția de simț comun: "dacă te doare spatele atunci odihnește-te și rămâi o vreme în repaos la pat", iată că s-a dovedit, cel puțin în acest caz, un mit!

Dacă luăm în calcul și estimările recente (1999) ale Institutului de Medicină al Academiei Naționale de Științe din SUA (National Academy of Sciences' Institute of Medicine), care arată că anual în SUA mor până la 98000 de oameni din cauza erorilor medicale, realizăm că medicina validată științific este încă un deziderat nu o realitate. Într-adevăr, estimările făcute în anii '70 și '80 de către US Congress Office of Technology Assessment arată că doar aproximativ 10-20% din procedurile medicale sunt validate științific. Aceasta înseamnă că nu știm dacă 80% din tratamentele pe care le primeam în acei ani erau sunt sau nu științifice, mai precis spus, dacă erau eficiente sau nu! Dacă luăm în calcul și validarea modelelor teoretice pe baza cărora se administrează tratamentele ca un criteriu pentru o medicină validată științific, atunci probabil că procentul de

10-20% este și mai mic! Stau astăzi lucrurile altfel? Se pare că lucrurile s-au îmbunătățit, dar nu foarte mult. Estimările recente arată un procent ușor peste 20% de proceduri validate științific din totalitatea procedurilor medicale folosite. Sigur, că aceste procente sunt diferite în funcție de domeniul medical specific. Tabelul 3 redă astfel de estimări pentru unele categorii medicale. Clasificările iau în calcul validarea pachetului de intervenții (nu neapărat și a teoriilor!) și se referă la următoarele categorii ale validării științifice: (1) Tratamentele sunt validate științific – există studii clinice controlate care arată că procedurile respective sunt mai eficiente decât tratamente anterioare, grup placebo sau de control; (2) Tratamente cvasi-științifice – nu există studii clinice controlate, dar practica clinică (ex. analiza de caz) și consensul profesioniștilor sugerează că aceste tratamente par să fie eficiente și (3) Tratamente pseudoștiințifice – nu sunt susținute de studii clinice controlate, practică clinică sau consensul profesioniștilor și/sau uneori acestea chiar le-au invalidat.

Amintindu-ne limitele acestor studii, limite care derivă din însești limitele metodei științifice (ex. eșantionarea, dificultățile de generalizare a rezultatelor), rămâne impresionant faptul că un număr extrem de mic de tratamente medicale sunt bine validate științific. În cazul psihiatriei, mai aproape de demersul nostru, analizând tabelul 3 cercetările arată că deși din punctul de vedere al validării științifice stă mai bine ca alte domenii medicale (ex. chirurgia) procentul de tratamente validate științific este totuși scăzut luând în calcul:

- standardele domeniului;
- discursul în domeniu – profesioniștii argumentează și prezintă în lucrări de specialitate că tratamentele oferite sunt validate științific;
- credințele pacienților și în general așteptările omului de simț comun de la medicină.

Toate datele prezentate anterior (în tabelul 3) confirmă rezultatele din anii '70-'80 și arată că progresul este infim. Analizând aceste date, și adăugând faptul că adesea teoria care

Tabelul 3. Procentul tipurilor de tratamente utilizate în practica medicală (din SUA și Europa).

Domeniul și studiile pe baza cărora s-au formulat aceste procente	Tratamente validate științific	Tratamente cvpsiștiințifice	Tratamente pseudoștiințifice
Psihiatrie Summers și colab. (1999)	53%	10%	37%
Medicină generală Suarez-Varela și colab. (2000)	38%	4%	58%
Medicină internă Nordin-Johansson și colab. (2000)*	50%	34%	12%
Chirurgie generală Lee și colab. (2000)	14%	64%	22%
Centre de tratament al cancerului (SUA) Djulbegovic și colab. (1999)	24%	21%	55%
Chirurgie vasculară Howes și colab. (1997)	24%	71%	5%
Dermatologie Jemec și colab. (1998)*	38%	33%	23%
Chirurgie pediatrică Kenny și colab. (1997)	11%	66%	23%
Anestezie Myles și colab. (1999)	32%	64.7%	3.3%

* 4% respectiv 7% reprezintă dificultăți de clasificare a tratamentelor în categoriile stabilite.

a fundamentat intervenția nu a fost investigată separat, înțelegem astfel că declarația lui Dr. Robert Califf, Director la Duke University Clinical Research Institute în revista TIME la data de 12 Octombrie 1998 și anume, că doar aproximativ 15% din serviciile oferite de medici sunt validate științific, este ea însăși bine validată științific.

Desigur, deși focalizarea obsesivă trebuie să fie pe validarea științifică a tratamentelor utilizate, trebuie să fim realiști: pacienții au nevoie de ajutor; ei nu pot aștepta un studiu clinic controlat pentru a primi un tratament care să le amelioreze suferința. Pe de altă parte, ca profesioniști, nu putem să le oferim oricel Așadar, secvența care trebuie urmată în alegerea tratamentului pentru un pacient anume de către un profesionist care promovează știința în psihopatologie este:

- Tratamente validate științific atât sub aspectul eficienței cât și sub aspectul validității teoriei; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- Tratamente validate științific sub aspectul eficienței; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- Tratamente considerate eficiente prin consensul specialiștilor; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- Tratamente care deși nu au fost investigate științific derivă dintr-o teorie testată și validată; ele trebuie să aibă acordul grupului profesional de apartenență, să fie potențial utile și nepericuloase. Dacă acestea nu există, atunci se utilizează intervenții derivate adhoc din pregătirea profesională (teoretică și practică) și pe care acordul celorlalți colegi le justifică în cazul dat ca fiind potențial utile și nepericuloase.

4.3.4. Globalizarea și interdisciplinaritatea științei

Globalizarea și interdisciplinaritatea științei pot contribui la o dezvoltare transparentă a psihopatologiei. Având un acces ușor la informații noi și având ca modele alte servicii medicale și colaboratori din diverse domenii, se poate sparge sectarismul promovat de unele școli de psihopatologie, sectarism care a dus adesea la un retard teoretico-metodologic.

Într-o epocă a Internetului, experiența și mentoratul și-au redus din importanță în dobândirea cunoașterii. Sigur, ele rămân importante dar nu mai constituie calea regală spre cunoaștere (pentru detalii vezi 3.1.4.3. și 3.1.4.5.). Informațiile noi pot fi accesate direct, online. Nu mai avem nevoie de permisiunea mentorului de a studia manuscrisele cu învățături din pivnițele mănăstirilor! Nu trebuie să treacă anii pentru a deveni expert sau mentor. Astăzi sunt la modă mentorii și experții tineri și este un lucru obișnuit la conferințele științifice să vezi stând la aceeași masă oameni cu vârste diferite, toți în același rol de expert. Mentorii au căzut de pe piedestal și nu îi va mai ridica nimeni, căci fiecare este preocupat de propriul piedestal; ei trebuie să învețe să se ridice singuri, printr-o competiție acerbă. Într-o astfel de societate, practicile medievale care grevează încă organizarea colilor de psihoterapie nu pot să dăinuiască. Vremea marilor maeștrii (Sigmund Freud, Carl Rogers etc.) a trecut. Albert Ellis are să fie ultimul din "generația de dinozauri" (într-o anchetă din 1981 publicată în American Psychologist, Albert Ellis a fost considerat cel mai influent psihoterapeut, devansându-l pe Sigmund Freud!)! Noii zei sunt acum datele științifice și accesul la informație! Astăzi psihoterapia este evaluată nu prin ceea ce spune Albert Ellis ci prin ce arată cercetările științifice (David, 2003a). Un mentor modern nu este acela care știe sau care spune cum stau lucrurile, ci acela care știe să te învețe să afli cum stau lucrurile!

La rândul ei psihiatria trebuie să-și reconsidere poziția serios. Într-o societate modernă trio-ul care dădea sens societății – preotul, învățătorul și medicul – este reconsiderat. Rolul și statutul social ale acestor profesii rămân importante dar nu mai sunt ridicate la limite la care era uneori greu să faci deosebirea dintre uman și zeificat! Uneori, astăzi, un electrician este mai important pentru un oraș rămas fără lumină decât un medic sau un preot. Medicina nu mai aparține medicilor iar psihiatria nu mai aparține psihiatrilor. Se discută astăzi despre profesioniști în servicii de sănătate (și sănătate mentală) care pe lângă medici includ psihologi, consilieri etc. În plus, economiștii și juriștii au un rol tot mai dominant în sistemul de sănătate ca urmare a apariției caselor de asigurări de sănătate. Cercetările în domeniu nu mai sunt doar apanajul medicilor, ci există programe universitare specifice care pregătesc cercetători în domeniul sănătății. Aceste schimbări în modul în care este înțeleasă astăzi sănătatea și medicina vor contribui semnificativ și la flexibilizarea psihopatologiei ca știință. Astfel, așa cum școlile de psihoterapie nu vor putea ignora la infinit presiunea cercetărilor din neuroștiințe, nici psihiatria biologică și companiile farmaceutice nu vor putea, sub presiunea cercetărilor psihosociale, să promoveze un model biomedical ortodox. În plus, sub presiunea juriștilor și economiștilor practica va trebui să fie justificată economic și etic iar sub presiunea cercetătorilor fără pregătire medicală, neinteresați în a cosmetiza domeniul, psihopatologia va fi forțată să implementeze servicii validate științific. Această globalizare și interdisciplinaritate a psihopatologiei nu poate decât să dea consistență domeniului și să îl ferească de excese.

Capitolul 5
Tratamentul pacientului Psihopatologie

Modalitățile de ameliorare a problemelor semnalate în cazul Psihopatologiei, vor fi prezentate în continuare urmărind categoriile lor importante: (1) diagnostic și evaluare clinică, (2) intervenție și tratament, (3) cercetare și (4) educație și tratament. Urmează ca timpul să arate eficiența lor în cazul în care vor fi implementate corect și modul în care va evolua Psihopatologia.

5.1. Tratamentul pentru problemele modalităților de a face diagnostic și evaluare clinică. În căutarea sfântului Graal

Problemele diagnosticului și evaluării clinice menționate în tabloul clinic al Psihopatologiei pot fi ameliorate sau vindecate utilizând următoarele strategii de tratament.

- *Dezvoltarea unui diagnostic focalizat pe mecanisme etiopatogenetice* (pentru detalii vezi Kihlstrom, 2002). Modalitatea de diagnostic al bolilor somatice este strâns legată de identificarea *mecanismelor* etiopatogenetice implicate în tabloul clinic. Diagnosticul tulburărilor psihice este încă un diagnostic focalizat pe simptome și semne, elementele principale fiind identificarea, iar apoi clasificarea lor pentru a genera diverse categorii nosologice.
- *Dezvoltarea unui diagnostic psihologic pentru tulburările psihice* (pentru detalii vezi Persons, 1987). Diagnosticul categorial poate duce adesea la situații nedorite. Astfel, categoriile nosologice se pot referi la pacienți cu un tablou clinic parțial diferit; aceasta deoarece adesea pentru a potrivi o anumită categorie nosologică, pacienții trebuie să prezinte un număr de simptome dintr-o listă mai lungă. Acel *număr* poate include însă simptome diferite din lista dată. Așa cum am mai afirmat, un diagnostic psihologic s-ar *focaliza* pe acele funcții psihologice afectate, care apar în mai multe categorii nosologice. Spre

exemplu, tulburările de tip delirant apar în mai multe categorii nosologice (ex. tulburări delirante, schizofrenie etc.). Această abordare ar putea duce la clarificarea mecanismelor care generează aceste simptome prin includerea în cercetare a unor pacienți cu simptome omogene.

- *Dezvoltarea unui diagnostic dimensional al tulburărilor psihice* (pentru detalii vezi Joiner și Schmidt, 2002). Principalul avantaj al unui astfel de sistem de diagnostic este că ar reflecta mai clar trecerea gradată de la normalitate la patologie.
- *Dezvoltarea unui sistem de clasificare categorial bazat pe prototip nu pe bază de criterii definitorii ale categoriei* (pentru detalii vezi Westen și colab., 2002).
- *Utilizarea unui instrumentar adecvat și adaptarea unor teste bazate pe cercetări fundamentale.*

5.2. Tratamentul pentru problemele modalităților de a face intervenție și tratament. Sfânta Treime

Tratamentul în domeniul psihopatologiei trebuie să aibă următoarele caracteristici:

- *Suport științific.* Suportul științific trebuie să se înscrie în paradigma unei practici validate științific (după modelul unei medicini validate științific – EBM), phradigmă care a fost descrisă anterior în această lucrare.
- *Eclectism procedural susținut științific.* Există o tendință la nivelul practicii de a construi pachete de intervenție care să includă tehnici și proceduri din diverse tradiții ale psihopatologiei. Acest eclectism procedural este de încurajat în măsura în care el este dublat de studii de eficiență a pachetelor astfel construite. În același timp trebuie sa diferențiem acest eclectism la nivel de procedură de un eclectism la nivel de teorie. *Eclectismul procedural* presupune utilizarea unor tehnici cu angajamente teoretice diferite dar reunite într-un cadrul teoretic

comun, integrativ. *Eclectismul teoretic* presupune utilizarea unor teorii diferite asupra aceluiaşi fenomen ceea ce adesea duce la contradicţie în propriul discurs, şi în consecinţă trebuie evitat; nu am putea folosi şi teorii dinamic-psihanalitice şi umanist-existenţialiste şi cognitiv-comportamentale şi biomedicale asupra aceluiaşi fenomen deoarece adesea acestea sunt contradictorii; vom folosi doar acea teorie care este susţinută de datele ştiinţifice şi care poate asimila proceduri din tradiţii diferite. O teorie ştiinţifică reinterpretează şi integrează aspectele valide ale teoriilor anterioare în cadrul sistemului său teoretic, utilizând termeni proprii. Aşa cum am mai spus, în psihoterapie, terapia comportamentală a reinterpretat tehnicile analitice în termenii teoriei învăţării care lipsea în abordarea lui Sigmund Freud. De exemplu: (1) transferul este interpretat ca un aspect specific al fenomenului de generalizare a învăţării; (2) represia este un comportament învăţat, deoarece este întărit prin reducerea anxietăţii; (3) interpretarea este utilă chiar dacă nu este adevărată, deoarece oferă pacientului o istorie coerentă de viaţă şi (4) tehnica asociaţiilor libere este folositoare pentru obţinerea de material inconştient deoarece pacientul interpretează acceptarea de către psihoterapeut a verbalizărilor sale ca iertare şi deci tensiunea asociată cu aceste idei se reduce etc. (Udolf, 1981).

- *Testarea eficienţei procedurii şi a teoriei schimbării.* Aşa cum am descris anterior, un tratament ştiinţific trebuie să fie testat atât sub aspectul eficienţei procedurii cât şi sub aspectul corectitudinii teoriei care stă la baza procedurii. O disociere între aceste două componente poate duce la situaţii în care deşi tratamentul funcţionează, cauza acestei eficienţe este alta decât cea care ne este oferită de teoria pe baza căreia s-a elaborat tratamentul, sau poate duce la situaţia în care deşi teoria pare corectă, tratamentul este de o eficacitate îndoielnică. Sigur, atunci când vorbim de testarea teoriei nu înţelegem o testare în sens clasic, pozitivist sau neopozitivist. Ideile empirismului pragmatic

(1) că nu se pot testa toate propoziţiile unui sistem teoretic ci doar o parte din ele iar apoi teoria este validată sau infirmată ca întreg; (2) că testarea ipotezelor specifice presupune prezenţa implicită a unor ipoteze auxiliare (ex. că un test măsoară ceea ce vrem să investigăm) şi în consecinţă, lipsa suportului empiric poate să însemne probleme în ipotezele auxiliare nu în cele specifice, sunt deja o parte integrantă a testării unei teorii. Toate aceste modele normative de cercetare trebuie văzute însă într-un mod flexibil. Ele trebuie să constituie nucleul tare, idealul pe care dorim să-l atingem ţinând cont de faptul că adesea cercetarea se desfăşoară în cadrul unor modele descriptive de tip paradigmatic (vezi pentru detalii Kuhn, 1962) şi socio-instituţional (vezi pentru detalii Feyerabend, 1975).

5.3. Tratamentul pentru problemele modalităţilor de a face cercetare. Cele şase porunci

Nu are sens să facem aici sugestii detaliate, referitoare la modul cum trebuie să fie cercetarea în domeniul clinic. Şi aici, ca şi în alte domenii ale ştiinţei, cercetarea trebuie să respecte metodologia ştiinţifică. Voi menţiona în acest context doar aspectele tipice pentru cercetarea clinică. Astfel, trebuie să menţionăm clar că influenţa rezultatelor cercetării fundamentale în practica clinică se face prin penetrarea unor filtre succesive. Aceste filtre nu au un rol regresiv pentru ştiinţă ci unul protectiv pentru pacient. Secvenţa este următoarea:

- *Cercetarea fundamentală descoperă un principiu, o regularitate.* O condiţie importantă este ca acest principiu să fie relevant pentru domeniul clinic. Adesea aceste principii se descoperă prin analiza subiecţilor umani sănătoşi astfel că ele pot să nu potrivească funcţionarea subiecţilor umani cu diverse forme de psihopatologie. Spre exemplu, principiul disonanţei cognitive a fost bine susţinut experimental (Festinger, 1957); el

ne spune că dacă apare o disonanță cognitivă între comportamentul nostru și credințele noastre, în timp credințele se reduc la nivelul comportamentului. Acest principiu pare să nu funcționeze la fel de bine în cazul subiecților suferinzi de depresie majoră (Beck și colab., 1979). Astfel, acești pacienți se pot implica performant în diverse activități (ca urmare a sarcinilor terapeutice) dar continuă să susțină că sunt proști și incapabili de a face ceva. Chiar atunci când în studii ni se spune că s-a investigat anxietatea sau depresia, o analiză atentă relevă adesea probleme subclinice (ex. scorul mare a unor subiecți normali la o scală de anxietate) nu clinice (ex. pacienți diagnosticați cu diverse tulburări de anxietate).

- *Odată găsit un principiu cu relevanță clinică el trebuie transformat într-o procedură de intervenție clinică.* Dacă nu se poate face acest lucru atunci descoperirea are valoare teoretică dar nu are un impact asupra practicii clinice.

- *Procedura trebuie testată în studii de eficiență (efficacy).* În prima fază sunt expuși acestor proceduri subiecți sănătoși, pentru a se urmări modul în care reacționează subiecți umani la aceste procedee. Dacă aceste proceduri se dovedesc nepericuloase (ex. nu generează probleme noi subiecților sănătoși cărora le-au fost administrate) atunci ele vor fi aplicate pacienților pentru care au fost elaborate. Se vizează comparații cu grupuri de control și placebo, adesea într-un mediu controlat, de laborator. Dacă procedura se dovedește eficientă statistică și clinică (ecologic-o mărime mare a efectului) atunci se trece la următorul filtru.

- *Procedurile eficiente sunt supuse unor studii de eficiență ecologică (effectiveness) în practica curentă.* Ele sunt studiate cum funcționează efectiv în practica reală (ex. în clinica X). Uneori este posibil ca o procedură de intervenție găsită eficientă în studii de laborator să nu funcționeze în practica reală (pentru detalii privind diferența dintre efficacy și effectiveness vezi

Nathan și colab., 2000); în studii de laborator adesea se utilizează o populație selecționată (ex. doar pacienți cu tulburare depresivă majoră) în timp ce în practica reală adesea tulburarea depresivă majoră este acompaniată și de alte tulburări (ex. anumite tulburări de personalitate). Această comorbiditate poate face ca o procedură eficientă în laborator să nu mai funcționeze în practica reală.

- *Procedurile care dovedesc o eficiență ecologică sunt supuse analizei costurilor (cost-effectiveness).* Dacă implementarea lor într-o clinică duce la reducerea costurilor sau la o creștere nesemnificativă a costurilor în raport cu beneficiile aduse, atunci procedura va fi implementată. Dacă nu se întâmplă așa, atunci în ciuda eficienței clinice se va renunța la ea. Sistemul medical s-a obișnuit să fie tratat preferențial, prin simplul fapt că scopurile sale sunt umaniste. Din păcate însă, chiar știind că orice pacient ar beneficia de o intervenție psihologică nu înseamnă că lucrurile trebuie să stea așa. Sistemul sanitar este un sistem cu resurse limitate. Dacă resursele ar fi nelimitate atunci am putea să oferim fiecărui pacient cele mai bune și mai noi tratamente (incluzând asistența psihologică pentru fiecare bolnav). Din păcate în practică lucrurile nu pot să stea așa, resursele fiind limitate. Așadar se vor implementa numai acele proceduri care sunt eficiente din punct de vedere științific și al costurilor.

- *Un ultim filtru este cel al implementării protocolului (accomodability) într-un mediu dat (ex. spitalul X).* Uneori anumite proceduri nu pot fi implementate din cauza spațiului, personalului etc.

Aceste filtre adesea aduc un oarecare decalaj între obținerea rezultatelor cercetării fundamentale și aplicația lor. Acest lucru este însă unul obișnuit în știință. Nu toate rezultatele cercetării fundamentale din genetică s-au constituit deja în aplicații ale inginerii genetice, după cum nu toate cercetările și tratamentele experimentale din psihofarmacologie sunt exprimate în

tratamente medicale aplicate pe scară largă; ele trebuie testate privind siguranța și eficiența lor. De asemenea, în domeniul psihopatologiei nu toate tratamentele experimentale sunt implementate în practică. Pentru siguranța pacienților, ele trebuiesc să treacă prin filtrele menționate mai sus, și abia apoi vor fi implementate pe scară largă în practica clinică.

5.4. Tratamentul pentru problemele modalităților de a face educație și formare/training. Briciul lui Occam

Corectarea problemelor legate de educația și formarea psihopatologilor ar trebui să urmeze următoarele aspecte:

• *Utilizarea unor programe de training validate științific.* Aceste programe trebuie studiate în ansamblu folosind strategia evaluării globale a programului de training sau specific, folosind strategia descompunerii programului de training. Strategia descompunerii programului de training aduce un plus în comparație cu strategia globală deoarece permite urmărirea eficienței unei componente a programului de formare. Un grup de viitori psihoterapeuți este pregătit conform programului clasic, unui alt grup i se aplică programul clasic minus o anumită componentă. Diferențele rezultate în eficiența clinică vor exprima ponderea componentei respective în programul de training. Aceste programe trebuie împinse în față, păstrând o poziție echilibrată și validată științific între necesitatea unui training flexibil (permițând și programe de autoformare) și învățarea prin experiență, în ciuda opoziției încă existente în domeniu față de flexibilizarea unor structuri moștenite de decenii.

• *Promovarea în programele de training a tratamentelor validate științific.* Tratamentele validate științific, cum sunt cele cognitiv-comportamentale, trebuie promovate, realitatea arătând că ele se generalizează pe scară largă. Recent, în Marea Britanie, doar programele de terapie cognitiv-comportamentală au fost

recunoscute și în consecință plătite de casele de asigurări de sănătate ca terapie adjuvantă medicației pentru tratamentul tulburărilor de tip psihotic. În plus, în SUA, programele de rezidențiat în psihiatrie și programele de psihologie clinică acreditate de APA, trebuie obligatoriu să includă în curricula de formare psihoterapia cognitiv-comportamentală. Din păcate, promovarea unor astfel de intervenții în programele de training se lovește adesea de rezistență. Când dorești să eviți rigoarea științifică cea mai bună strategie este să o numești stereotip și rigiditate, iar pe cei care o promovează; tehnicişti și tipicari. Aaron Beck și terapia cognitivă au fost adesea caracterizați astfel de acei profesioniști care își inventau propria formă de psihoterapie și care nu se deosebeau de "o vecină cu o experiență bogată de viață". Chiar atunci când acești profesioniști se înscriau la training-uri de terapie cognitiv-comportamentală, atitudinea lor era extrem de defensivă. Ei așteptau de la supervizori să le confirme experiența și ceea ce făceau deja în practică, dar experiența și practica proaste nu pot fi însă confirmate!; în plus, prin interferență proactivă ele îi împiedicau pe acești specialiști să asimileze informațiile noi din programul la care s-au înscris. O analiză empirică făcută de autor programelor de training de la Institutul Albert Ellis (autorul este supervizor în terapie cognitiv-comportamentală la Institutul Albert Ellis din New York), a arătat că cei cărora li se refuza certificarea în psihoterapia cognitiv-comportamentală din cauză că nu au parcurs eficient programul de training erau profesioniști care (1) practicau psihoterapie de mai mulți ani, fără a avea o pregătire specifică într-o anumită formă de psihoterapie (erau eclectici!); (2) aveau caracteristici narcisist-histrionice și o stimă de sine exagerat de crescută și (3) adesea erau mai în vârstă. De asemenea, aceste persoane au probleme în a face terapie personală, ei considerând acesta sub demnitatea lor! Morala este că training-ul în psihoterapie ar fi bine să promoveze terapii

validate științific și el merită început cu oameni tineri sau cu profesioniști care au deja o formare înaltă formă de psihoterapie, formare care îi face să fie mai puțin defensivi și foarte receptivi la rolul de student.

- *Luarea în considerare a studiilor care arată eficiența paraprofesioniștilor și terapiilor autoadministrate.* Profesioniștii ar trebui pregătiți ca formatori și supervizori pentru aceste grupuri și forme de psihoterapie. Rolul lor s-ar îmbogăți dacă pe lângă formare de noi specialiști, în cadrul programelor de training ar dobândi competențe în formarea și supervizarea paraprofesioniștilor și în supervizarea aplicării terapiei autoadministrate. În plus, profesioniștii ar trebui să includă în activitatea lor paraprofesioniști după modelul în care medicul a inclus în activitatea lui asistentele. Medicul face diagnosticul și elaborează schema de tratament. Apoi, unele tratamente (mai complexe) sunt făcute de medic în timp ce altele sunt făcute de către asistente. Aș vrea să văd și în psihopatologie (și psihoterapie mai ales) operatori (paraprofesioniști) care aplică diverse tehnici după ce un specialist a făcut diagnosticul și a elaborat schema de tratament. Anumite tehnici nu trebuie aplicate de către profesioniști ci pot fi aplicate de către paraprofesioniști sub supervizare.

- *Luarea în considerare a noilor conceptualizări din domeniu, în particular cele aduse de psihologia pozitivă.* Trebuie însă făcută o distincție clară între aspectele validate științific ale psihologiei pozitive și exagerările ce ne îndepărtează de valori confirmate precum realismul, acceptarea necondiționată, încrederea bazată pe o evaluare corectă, etc. și care ne apropie de ideea că sănătatea psihică depinde de alte valori precum autoînșelarea și autoiluzionarea (vezi pentru detalii Dawes, 1996). O pendulare permanentă între realism și iluzii pozitive minime generează un optimism realist, care este calea spre sănătatea noastră psihică (Dawes, 1996; Schedler și colab., 1993;

Seligman și Csikszenmihalyi, 2000). Altfel, iluziile pozitive generează ceea ce am numit anterior sănătate psihică iluzorie (Schedler și colab., 1993).

- *Cercetările asupra eficienței psihoterapiei efectuate pe parcursul secolului XX au fost sumarizate și prezentate recent într-o lucrare a lui Lambert (2003).* Încercând să estimeze contribuția diverselor componente ale tratamentului psihoterapeutic asupra eficienței acesteia, rezultatele arată următoarea situație (vezi figura 6):

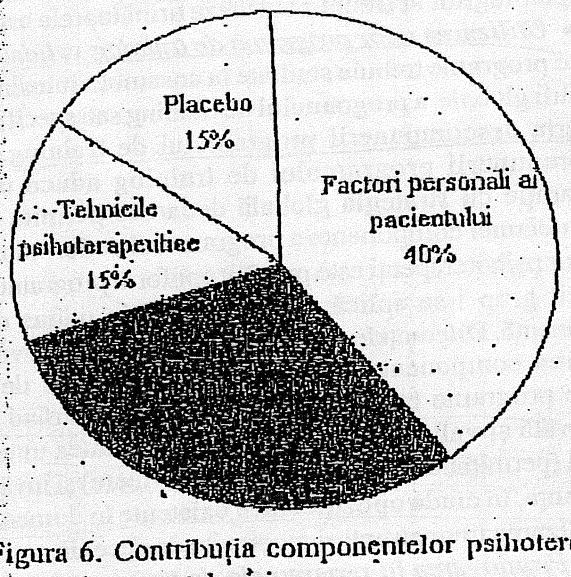

Figura 6. Contribuția componentelor psihoterapiei la ameliorarea simptomatologiei

- Relația psihoterapeutică contribuie cu aproximativ 30% la eficiența psihoterapiei. Asociația Americană de Psihologie prin Divizia de Psihoterapie (Divizia 29) a inițiat recent un program de cercetare pentru a identifica componentele cele mai

importante ale relației terapeutice. Rezultatele acestui program de cercetare sunt prezentate în Anexa 2.

o Tehnicile de intervenție psihoterapeutică acoperă 15%.

o Efectul placebo acoperă 15%; în aceste condiții efectul placebo se referă la speranța și expectanța de însănătoșire și la speranța că tratamentul urmat va duce la ameliorarea tabloului clinic.

o Factorii personali ai pacientului acoperă 40%. Elementele factorilor personali pot fi împărțite în trei categorii. Prima categorie include factori psihologici și de educație precum inteligența. A doua categorie include factori economici iar a treia categorie se referă la suportul social pe care îl are pacientul.

În ciuda acestor date, din păcate, programele de training se focalizează obsesiv pe componenta de tehnică și procedură. Aceste rezultate arată că programele de training trebuie regândite complet diferit, componentele lor aproximând ponderea prezentată mai sus. Restructurarea lor trebuie făcută pe principiul "Briciului lui Occam", care ne spune că trebuie să păstrăm doar acele componente simple ale training-ului care justifică performanța, eliminând excesul de training care nu aduce un plus de performanță. Sigur, aceste rezultate nu trebuie interpretate într-o manieră exagerată. Ar putea să fie unii autori care să sugereze că programele de training ar putea ignora componenta de tehnică și placebo, și să se focalizeze pe celelalte două componente care acoperă 70% din eficiența tratamentului. În acest context dorim să menționăm că indiferent de ponderea lor, toate componentele sunt necesare, ele potențându-se și constrângându-se reciproc. Imaginați-vă o intervenție psihoterapeutică în care nu se utilizează tehnici de intervenție (ex. de diagnostic și evaluare clinică, de conceptualizare, de tratament) și în care nu se dezvoltă speranța de însănătoșire (ex. efectul placebo); în aceste condiții nu se poate dezvolta nici o relație terapeutică adecvată și nici factorul personal nu poate fi utilizat eficient.

PARTEA III. REALITĂȚI ROMÂNEȘTI, CONCLUZII ȘI DISCUȚII

Partea a treia a lucrării particularizează o componentă importantă a psihopatologiei și anume psihologia clinică. Voi discuta aici situația psihologiei clinice în România (capitolul 6) și rolul acesteia în domeniul psihologiei aplicate (capitolul 7). Capitolul 8 de Remarci Finale va sumariza și încheia demersul acestei lucrări.

Motivul care a stat la baza acestei a treia părți a lucrării, parte scrisă într-un limbaj programatic și cu un ton adesea critic și acid, este construirea unei elite științifice românești în psihopatologie în special și în psihologie în general. Se pare ca atitudinea neutră a cercetătorilor și practicienilor români de valoare în domeniu nu a făcut altceva decât să permită „prostituția și traficul" psihopatologiei românești și apariția unor semidocți producători de solemnități banale, semidocți pe care îi găsim însă în pârghii de putere și decizie. Eu cred că o atitudine mai critică care să promoveze valoarea și să atace explicit nonvaloarea este singura modalitate de a trezi orgoliul profesioniștilor adevărați din domeniu și de a restabili o scară a valorilor în care elita și nu prostia să fie în vârf.

Capitolul 6
Psihologia clinică în România sau fuga din Turnul Babel. Un pamflet fundamentat ştiinţific

Acest capitol va fi scris în forma unui pamflet. Pamfletul este o specie literară cu caracter satiric, în care de obicei se "critică dur" anumite aspecte negative ale unei realităţi sociale, trăsături de caracter etc. Pamfletul nu este tipic pentru textul ştiinţific dar condiţiile excepţionale din cercetarea românească în domeniu, cred că îl justifică. Aşadar, sper ca cititorii să îl considere ca atare şi unii dintre ei să nu se simtă lezaţi proiectându-se în aspectele negative prezentate aici. Mai mult, pentru a arăta intenţia mea de a scrie un pamflet nu un text cu atac la persoane, voi publica orice comentariu critic sau poziţii alternative celor exprimate aici, bine întemeiate logic, în revista al cărei editor sunt: Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies/Revista Română de Psihoterapii Cognitive şi Comportamentale.

Psihologia ca o disciplină academică independentă a fost pentru prima dată introdusă în România la Cluj-Napoca de către Florian Ştefănescu Goangă, elev al lui Wilhelm Wundt. Istoria psihologiei în România a fost una zbuciumată, multă vreme psihologia fiind desfiinţată de regimul comunist sau asimilată ideologiei acestuia. Nu voi intra aici în detaliile acestei istorii care sunt prezentate pe larg în alte lucrări ale mele (David, 2001; 2001a; David şi colab., 2002; David şi Miclea, 2002). Voi prezenta în continuare doar statutul actual al psihologiei clinice româneşti, în cadrul cercetării psihologice internaţionale, reliefând aspectele problematice ale acestei discipline. Această prezentare este o sumarizare a unui articol publicat recent în

European Psychologist (David şi colab., 2002), aşadar, pentru detalii şi informaţii suplimentare rog cititorii să consulte acel articol.

Într-un studiu extensiv asupra lucrărilor de psihologie clinică, am trecut în revistă toate publicaţiile autorilor români disponibile în bazele de date internaţionale (PSYCHINFO şi MEDLINE) pentru a investiga vizibilitatea şi impactul internaţional ale psihologiei clinice româneşti. De asemenea am comparat între ele principalele centre universitare româneşti prin prisma dezvoltării psihologiei clinice. Am pornit de la ideea că lucrările valoroase de psihologie clinică şi psihoterapie trebuie să fie publicate în reviste importante, accesibile prin PSYCHOINFO şi MEDLINE. Într-o ţară în care contribuţia ştiinţifică este evaluată cantitativ – număr mare de cărţi de autor! – instituirea unor standarde internaţionale care valorizează calitatea produselor ştiinţifice este necesară. Cred că cercetarea în domeniul psihologiei clinice în România este de o calitate slabă. Menţionez în continuare câteva din paradoxurile cercetării româneşti în acest domeniu, percepute prin experienţele proprii, care m-au făcut să am această ipoteză, urmând apoi să investigez empiric validitatea acestei ipoteze pentru a depăşi limita dată de propria percepţie.

Standardele de promovare academică cer încă un număr mare de cărţi de autori (pentru detalii vezi normele Consiliului Naţional de Atestare a Titlurilor, Diplomelor şi Certificatelor Universitare). Spre exemplu, în general, pentru titlul de profesor universitar se cer peste 4 volume de autor. La noi aceasta se întâmplă când la nivel internaţional ştiinţa este interdisciplinară şi când lucrările fundamentale în domeniu sunt scrise de mai mulţi autori, în colaborare. Se pare, că noi încă credem faptul că un autor poate scrie 4 volume singur şi să-şi aibă o contribuţie la literatura ştiinţifică! Adesea aceste volume sunt doar sumarizări ale altor lucrări fără să aducă nimic nou din punct de

vedere ştiinţific, ci doar satisfacerea unor standarde de promovare. Atunci când nu sunt "prelucrări" ale altor lucrări internaţionale, unele din aceste volume de autor promovează solemnităţi banale şi truisme. Făcând o analiză la câteva universităţi americane (ex. SUNY at Binghamton, New School University etc.), am observat că mulţi profesori americani de marcă în domeniu, în România nu ar satisface criteriile pentru a fi profesori Unii profesori americani nici nu au cărţi de autor în domeniu. În schimb, ei au publicat lucrări în colaborare şi o mulţime de articole ştiinţifice în reviste de prestigiu. În ştiinţa serioasă accentul se pune pe articole, ierarhizate ca importanţă în funcţie de conţinut [ex. articole experimentale, studii empirice nonexperimentale şi calitative, sinteze teoretice şi apoi lucrări cu caracter local (ex. poziţia socială a femeii în România)] şi în funcţie de factorul de impact al revistei în care s-au publicat. Se procedează astfel deoarece aceşti indicatori reflectă dinamica ştiinţei; cărţile de autor care adesea, imediat după publicare sunt deja depăşite prin noile dezvoltări în domeniu care au avut loc în timpul în care se scria sau se tipărea cartea, nu reflectă eficient dinamica ştiinţei. Un om de ştiinţă serios adesea publică un volum de autor după ce a publicat un număr mare de cercetări personale prin care are ceva de spus în domeniu, sumarizând apoi acel ceva într-o carte proprie. La noi adesea lucrurile stau invers: cunosc autori români care au un număr de cărţi apropiat de numărul articolelor ştiinţifice!

• Obsesia pentru numărul mare de cărţi de autor are influenţe negative asupra calităţii procesului de predare. În străinătate, în fiecare domeniu ţintă sunt câteva manuale scrise de liderii în domeniul respectiv, care sunt folosite în aproape toate centrele universitare; adesea liderii sunt de la universităţi de prestigiu precum Columbia, Duke, Harvard, Stanford, Yale etc. Având cultul valorii, profesorii de la celelalte universităţi utilizează aceste manuale ca elemente de start pe care sigur, le

îmbogăţesc cu contribuţiile şi lucrările proprii. La noi în ţară însă fiecare titular de curs de psihologie clinică îşi scrie propriul manual forţându-şi studenţii să-l înveţe. Adesea ei nu îşi citează colegii din ţară care au scris anterior pe această temă sau dacă le preiau ideile uită să-i citeze. Adesea am auzit replici de genul următor la vestea că un coleg român a publicat un articol într-o revistă prestigioasă din străinătate: "sigur, a avut timp căci...". Altfel spus, diferenţele de valoare, de inteligenţă, de calitate a gândirii nu sunt recunoscute ca exprimându-se în performanţă (când aceasta în sfârşit se recunoaşte!) ci ele sunt puse pe seama unor factori care nu ţin cu necesitate de calităţile intrinseci ale celui care a făcut performanţa (ex. a avut timp, a avut materiale, nu face activităţi administrative, nu are copii, nu are grija banilor etc.). Aceasta arată lipsa unui cult pentru valoare şi un "Eu" dilatat, fiecare considerând că poate să fie la fel de bun şi chiar mai bun ca oricine în domeniul În acest context adesea m-am întrebat: care este statutul plagiatului în literatura de specialitate din ţară? Eu cred că o mare parte din ceea ce numim plagiat nu ar trebui să fie considerat ca atare căci adesea nu are elementul intenţional; plagiatul la noi este expresia faptului că avem o stimă de sine pozitivă şi un "Eu" fără limite! Cele descrise aici sunt similare cu situaţia din povestea "Aventurile lui Alice în Ţara Minunilor" de Lewis Carroll, în care deşi cursanţii care alergau într-o întrecere de tip caucus (caucus-race) erau la distanţe diferite unii de alţii, verdictul păsării Dodo, un personaj interesant din poveste, a fost că: "toţi au câştigat deci toţi trebuie să primească premii!". Dacă distrugem prin discursuri de tip "pasărea Dodo" elita ştiinţifică, distrugem ştiinţa. Ştiinţa este elitistă! Deşi mulţi fac ştiinţă, puţini produc lucruri ştiinţifice! Cercetările au arătat că ştiinţa care contează este produsă de un număr mic de cercetători care publică în câteva reviste cu factor de impact în domeniu (Garfield, 1990; 1996). Restul este zgomot şi o ştiinţă socialistă care ca şi o fabrică, îşi îndeplineşte funcţia socială

prin faptul că dă de lucru unor oameni, numiți oameni de știință, care fabrică produse vandabile pe o piață creată artificial – promovarea academică!

• Adesea viața științifică românească pare să fie o conspirație constantă a pigmeilor, pe fundalul mitului mioritic. Profesioniști de talie internațională sunt tratați în țară ca niște curiozități care trebuie marginalizate sau izolate pentru a nu ne aminti mereu de micimea noastră. Deși, adesea ambiția feroce a pigmeilor depășește adesea capacitatea lor intelectuală și profesională, solidaritatea lor este extraordinară iar mijloacele folosite sunt de o ingeniozitate bolnavă atunci când au de blocat o valoare! Evitând să dau exemple identificabile pentru a nu afecta vieți și cariere individuale, voi spune doar că probabil fiecăruia dintre noi (mie cu certitudine!) îi vin în minte cazuri în care oameni de valoare nu au avut un loc la catedrele din țară dar au ajuns să predea la universități de prestigiu din străinătate sau cazuri în care în proiecte cu finanțări mari specialiștii în domeniu au fost excluși prin efortul concertat al pigmeilor, specialiști de mâna a doua. Cum să avem în aceste condiții o știință de impact internațional și de ce să ne mirăm că profesioniștii români din străinătate nu se mai definesc uneori ca români, fiind fideli țării care i-a valorizat!

• În plus, în literatura științifică românească de profil lipsește un adevărat proces de recenzie. Aceasta permite fiecăruia să mutilieze imaginea domeniului cu intuițiile personale, erori conceptuale și metodologice, grosolane sau cu "revoluțiile științifice" pe care le inițiază. Nu am văzut în literatura internațională cât am văzut în literatura românească expresii precum "o nouă perspectivă", "schimbare de paradigmă", "trebuie să reconceptualizăm", "o abordare sintetică și integrativă a literaturii de profil" etc. Citind astfel de lucrări ai impresia că autorii lor sunt profesioniști și lideri de opinie la nivel internațional în domeniu; trist însă, adesea aceștia sunt lideri locali, amăgindu-

și studenții și colegii care depind de ei, că ei sunt Marele Vrăjitor din Oz. Acestea sunt "gălăgii în iarmaroc" făcute de baronul aflat în vizită acolo și care sperie iobagii de pe domeniul său (studenți, doctoranzi etc.), nu revoluții științifice cu impact în domeniu făcute de profesioniști. Am văzut autori care necitind temeinic lucrările originale ale autorilor pe care îi citau sau pe care îi criticau, ci adesea citindu-i pe aceștia din surse mediate, au completat golurile în lectură cu un text propriu cu o nonșalanță nimitoare. Au pus acolo ceea ce credeau ei că ar pune autorul sau ceea ce le convenea lor pentru a-și justifica "revoluția". Această strategie de a construi oameni de paie numai pentru a-i putea apoi distruge și a-ți arăta astfel contribuția, este tipică pentru literatura științifică românească. Spre exemplu, abordarea comportamentală în psihologie sau abordarea pozitivistă-empirică în lucrări de metodologie calitativă au fost atacate astfel. Abordarea comportamentală în psihologie, ca să dau un singur exemplu, a fost adesea (și încă este) prezentată caricatural în literatura românească de profil (Rafea, 1954). Adesea se induce eronat ideea că ea este istorie sau că este o abordare limitată, fără valențe euristice, care trebuie înlocuită cu o abordare interacționist-sistemică. Noi românii am devenit specialiști în abordările enervat de interacționist-sistemice prin care integrăm tot ceea ce există în literatura de specialitate, având astfel o perspectivă mai completă asupra fenomenului! Din păcate aceste abordări complexe nu sunt cunoscute sau considerate serios de nimeni, iar abordarea comportamentală nu este istorie ci dimpotrivă ea este în plină expansiune, cel puțin în domeniul clinic (Dobson, 1991)! Și mai apropiat de tema acestei lucrări, am văzut autori români care, citind fragmentar literatura de specialitate, vorbesc despre noi forme de psihoterapie precum psihoterapia prin realitate virtuală, psihoterapia prin e-mail și online etc. Dragi colegi, hai să nu inducem în eroare cititorii și să promovăm ceva spectaculos numai pentru a părea că suntem

la zi cu noile dezvoltări în domeniu sau că suntem pionieri în introducerea în țară a unor "noi" forme de psihoterapie. Aceste dezvoltări nu sunt forme noi de psihoterapie ci sunt dezvoltări tehnologice importante în cadrul teoriile clasice de psihoterapie (ex. cognitiv-comportamentale). Ele nu au adus încă nimic nou din punct de vedere teoretic deci hai să nu creăm un alt castel de nisip! Dacă accesul la literatura internațională de profil și asociată acestuia, cultura profesională, ar fi dezvoltate, autorii care fac știință în această manieră ar fi sancționați de cei cărora li se adresează. Lipsa încă a unui acces ușor la literatura internațională și lipsa unei culturi profesionale și a unui cult profesional pentru adevăr și valoare ne determină să acceptăm ca fiind bine informate toate lucrările publicate deși unele din acestea sunt banalități solemne sau distorsiuni grosolane ale informației științifice.

• Majoritatea cercetărilor în domeniu realizate în România nu sunt supervizate de către un Consiliu de Recenzie Instituțional (Institutional Review Board; IRB) care să verifice toate etapele cercetării, de la alcătuirea consimțământului de participare la cercetare și selecția subiecților până la modul de colectare și păstrare a datelor. În acest condiții am văzut cazuri de "oameni de știință" care își formulau ipotezele după culegerea datelor!; nu vorbesc aici de analizele posthoc ci de formularea ipotezelor principale ale cercetării! O modalitate ușoară de a verifica cele afirmate aici ar fi (auto)investigarea metodologiei de cercetare a articolelor publicate în 2002-2003 de către autori români în reviste românești. Dacă eu greșesc atunci pentru toate articolele publicate în această perioadă:

• Trebuie să fie aprobări ale IRB din instituția în care se face cercetarea;

• Trebuie să existe formulare pentru consimțământul subiecților de participare la studiu;

• Proiectul de cercetare cu elementele lui principale (ex. obiective, fundamentare teoretică, ipoteze, metodă și rezultate scontate) trebuie să fi fost aprobat de IRB înaintea derulării lui;

• Secvențele importante din proiectul de cercetare trebuie să fi fost verificate periodic, verificări exprimate în rapoarte IRB;

• Datele brute și protocoalele trebuie să fie accesibile.

Toate acestea sunt condițiile minime ale desfășurării unei cercetări științifice în domeniu la standarde internaționale. Ele asigură diferențe minime între modul în care ai făcut cercetarea și modul în care spui că ai făcut-o atunci când publici rezultatele. Mai mult, ele asigură evitarea fabricării faptelor favorizând verificabilitatea și falsificabilitatea teoriilor investigate. Dacă nu respectăm aceste criterii inducem în eroare comunitatea științifică deoarece sugerăm atunci când publicăm un articol că le-am respectat; constrânși de cerințele de publicare prezentăm demersul nostru ordonat logic deși în practică nu l-am respectat. Altfel spus, ne fabricăm dovezi și suport empiric pentru ceea ce vrem să arătăm, după modelul descris de Goodman (1978):

• Am formulat sau reformulat ipotezele după ce am obținut datele;

• Am eliminat ipoteze care nu au corespuns datelor;

• Am eliminat date care nu ne convin; etc. (toate acestea nu apar în articolul publicat).

Sigur, că astfel de încercări și de aproximări în demersul științific există. Este clasică în filosofia științei distincția dintre contextul descoperirii (care include aceste aproximări) și contextul prezentării (așa cum apare articolul în forma finală publicată). Aceste aproximări însă într-o cercetare serioasă se referă la procesul care duce la proiectul final al cercetării, înainte de a demara cercetarea propriu-zisă, nu la realizarea propriu-zisă a proiectului de cercetare odată stabilit.

• Uneori se publică lucrări (ex. de doctorat) considerate științifice și importante în ciuda unor erori metodologice flagrante.

Nu vorbesc aici de erori în prelucrarea statistică matematică (ele se poate datora programului statistic sau unor erori de tipărire) ci de erori metodologice fundamentale. Amintesc ca exemplu, utilizarea eronată a testului statistic (ex. utilizarea unui test statistic elaborat pentru eşantioane independente în cazul unor eşantioane dependente) sau utilizarea cu obstinaţie a semnificaţiei statistice (adesea, utilizarea este şi ea greşită!; vezi pentru detalii Cohen, 1994) fără a lua în considerare şi mărimea efectului şi comparaţiile normative (vezi pentru metodologia adecvată Kendall şi colab., 2000). Un alt caz tipic este utilizarea într-un mod complet neprofesionist a constructelor de "mediere" şi "moderare"; deşi Baron şi Kenny au arătat din 1986 cum se diferenţiază aceste concepte la nivel teoretic şi în analiza statistică, autorii români încă le utilizează ca sinonime producând astfel erori conceptuale importante. Apoi sunt frecvente erorile în cazul comparaţiilor multiple. Astfel, dacă avem trei comparaţii cu testul "t" pragul limită de semnificaţie statistică nu mai este 0,05 ci 0,05:3=0,015 (pentru detalii referitoare la modul în care se aplică această corecţie –Bonferroni - vezi David şi colab., sub tipar). Oare câte concluzii susţinute pe astfel de analize sunt de fapt vorbe goale fără suport ştiinţific?! Invers, neluarea în calcul a puterii statistice (ex. numărul minim de subiecţi în eşantioanele construite pentru a putea detecta efectul existent) a dus la interpretarea unor rezultate semnificative ca fiind nesemnificative. Oare câte concluzii interesante au murit astfel?! Prezint mai jos (vezi tabelul 4) pentru diverse design-uri de cercetare numărul minim de subiecţi necesari pentru a testa ipoteza. Las cercetătorii să se proiecteze în aceste informaţii şi să-şi autoevalueze lucrările în care nu au obţinut rezultate semnificative!

Din punct de vedere teoretic este înfricoşător pentru acest domeniu că se perpetuează în practică un dualism cartezian ortodox. Colegii medici afirmă adesea că dacă există leziune biochimică atunci este clar că nu avem ce să facem cu o

Tabelul 4. Numărul minim de subiecţi necesar testării ipotezelor avansate în funcţie de cele mai utilizate design-uri de cercetare.

Metoda utilizată/pragul de semnificaţie		p<0.01			p<0.05		
ANOVA 3 grupuri		464	76	30	322	52	21
ANOVA 2 grupuri		586	95	38	393	64	26
Comparaţii ale mediilor între două grupuri independente (t)		586	95	38	393	64	26
Coeficientul de corelaţie multiplă (R)	a	698	97	45	481	67	30
	b	780	108	50	547	76	34
	c	841	118	55	599	84	38
Coeficientul de corelaţie liniară (r)		1163	125	41	783	85	28

LEGENDĂ: Cele trei valori dispuse în linie în fiecare celulă a tabelului corespund celor trei dimensiuni ale mărimii efectului aşteptat (de la stânga la dreapta) (după Cohen, 1992): (1) mărime a efectului mică (0-.20); (2) mărime a efectului medie (.20-.50); mărime a efectului mare (>.50 pentru r sau >.80 în celelalte condiţii).
a-2 variabile predictor; b-3 variabile predictor; c-4 variabile predictor.

intervenţie psihologică! Se uită atât de uşor că intervenţia psihologică are consecinţe biochimice (Furmark şi colab., 2002; Kirsch, 1990). Unii colegi psihologi se "îmbată" de plăcere când descoperă că anumite fenomene psihologice au corespondent biochimic; unii dintre ei au ajuns să-şi facă un titlu de profesionist chestionând mereu substratul biochimic al unor fenomene psihologice. Probabil că prin această atitudine au certitudinea că ceea ce studiază există (în sens fizic)!, dar este păcat că mai au nevoie de această certitudine când psihologia ca ştiinţă s-a justificat de zeci de ani. Aceştia sunt aceia pe care eu îi numesc cei mai buni psihologi dintre medici şi cei mai puţin psihologi dintre psihologi! Prin prisma acestui dualism

feroce, am văzut renăscând în România cercetări care au murit în alte țări odată cu evoluția la un model bio-psiho-social, precum cele în care se arată că fenomenele hipnotice sunt acompaniate de modificări cerebrale etc. Aceste cercetări care vizează substratul biologic al unor fenomene psihologice sunt de încurajat dacă ele urmăresc să descopere pattern-uri neurobiologice și biochimice specifice pentru aspecte psihologice specifice; în această direcție, ele pot contribui la dezvoltarea unor noi tehnologii în psihopatologie! Dacă însă aceste cercetări arată numai (cum adesea se întâmplă) că anumite fenomene psihologice (ex. fenomene hipnotice, efectul placebo, stări emoționale, tulburări cerebrale etc.) au o corespondentă neurocerebrală sau biochimică atunci ele sunt solemnități banale create de semidocți. Așa am ajuns astăzi să legăm lobul prefrontal de aproape orice fenomen psihologic (ex. de la durere la emoție și gândire!). Păi nu știm de zeci de ani că psihicul este funcție a creierului? De ce vă mirați și vă bucurați atunci dragi colegi când "descoperiți" că fenomenele psihologice specifice pe care le studiați au corespondent neurocerebral? Doar nu ați crezut că aceste fenomene pe care le experiențiem cu toții există în aer?! Fără a avea pretenția că voi clarifica aici relația dintre psihic și biologic (ea nu este clarificată nici în literatura de specialitate!) voi prezenta în continuare, succint (pentru detalii vezi Kirsch, 1990), modul în care trebuie văzută această relație pe baza datelor pe care le avem în acest moment. Figura 7 prezentată mai jos arată că discursul psihologic și cel medical sunt adesea descrieri diferite ale aceleași realități/fenomene. Altfel spus, așa cum Muhammad Ali și Cassius Clay sunt nume diferite pentru aceași persoană și limbajul psihologic și cel biomedical sunt descrieri diferite ale aceluiași fenomen. După cum este absurd să spunem că Muhammad Ali este cauza lui Cassius Clay sau Cassius Clay cauzează pe Muhamad Ali, nu are sens să ne punem mereu problema dacă biologicul cauzează

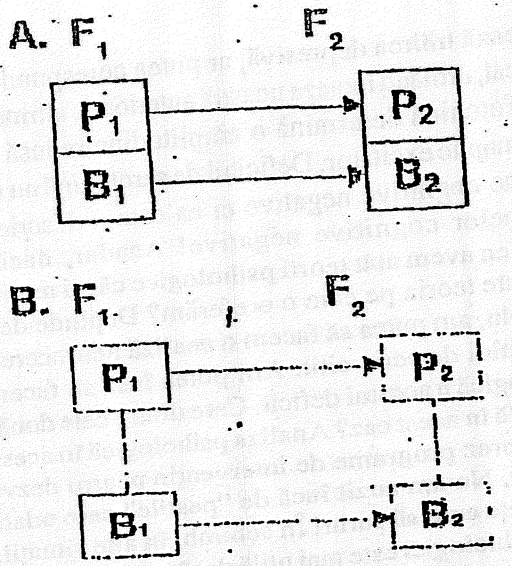

Figura 7. Relația dintre psihic (P) și biologic (B) în cazul a două fenomene (F: F_1 și F_2) prezentată în două modalități grafice (A și B).

psihologicul sau invers, factorii psihologici cauzează modificări biologice. În figura 7, P_1 se poate referi spre exemplu la schemele cognitive negative. Desigur ele nu există în aer. Probabil că lor le corespunde o anumită realitate neurobiologică (B_1); ipotetic da s-ar putea referi la un deficit de serotonină. Schema cognitivă negativă este cauză pentru o trăire depresivă (P_2). Acestei trăiri, desigur, îi corespunde o realitate neurobiologică (B_2) (ipotetic: o amplitudine scăzută a potențialului postsinaptic excitator). Așadar, teoria psihologică a depresiei și cea biologică nu sunt în opoziție sau alternative. Ele sunt descrieri diferite ale aceluiași fenomen; în acest context, discursul "cauzal" trebuie menținut în cadrul aceluiași limbaj. Afirmația: schemele cognitive

cauzează trăirea depresivă, ar putea corespunde în limbaj biomedical, urmând ipoteza noastră anterioară, afirmației că: deficitul de serotonină determină o amplitudine redusă a potențialului postsinaptic excitator. Deficitul de serotonină nu ne face să avem scheme cognitive negative ci ea este o descriere biologică a schemelor cognitive negative! Așadar, dacă asupra unui fenomen avem atât teorii psihologice cât și teorii biomedicale, care este teoria pe care o preferăm? Depinde de situație. Spre exemplu, am putea să facem o analiză neurocerebrală asociată deficitului de scris-citit: Am putea însă să facem și o analiză psihologică a acestui deficit. Care dintre cele două abordări este mai utilă în acest caz? Analiza psihologică în acest caz mă ajută să elaborez programe de intervenție pentru dezvoltarea scris-citítului. Nu am auzit încă de "pastile" care odată înghițite să mă învețe cum să scriu! În schimb, în alte situații, o analiză în termeni biologici este mai utilă decât una în termeni psihologici. Spre exemplu, prezența halucinațiilor poate fi explicată și psihologic dar o teorie din perspectiva psihiatriei biologice este mai utilă deoarece ea s-a exprimat în tratamente medicamentoase care pot reduce intensitatea și frecvența halucinațiilor. Rezumând, realitatea este complexă și multinivelară. Așadar, și descrierea noastră făcută acestei realități trebuie să fie multinivelară. Limbajul psihologic și cel biologic par să fie descrieri diferite ale aceluiași fenomen (pentru detalii și implicații vezi Kirsch, 1990). Așadar dragi colegi care "studiați" substratul neurobiologic al unor fenomene psihologice, trebuie să mai spunem și acum, după atâta vreme, că orice fenomen psihologic are corespondent neurocerebral și deci, dacă nu arătați în cercetările voastre că această corespondență este una specifică – nu mai vorbesc de clarificarea relației cauză/efect - nu produceți decât truisme și lucrări necesare promovării profesionale?

• În țară nu există încă bine dezvoltat cultul muncii în grup. Așa cum am mai menționat pe parcursul lucrării, știința modernă

performantă este interdisciplinară și de echipă. În știință, munca în grup ne asigură că produsul obținut depășește limitele celui care l-a creat. Spre exemplu, grupul de psihologi de la Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj a fost recent implicat într-un proiect de mare anvergură care necesita printre altele și elaborarea unor teste și instrumentare psihologice. Îmi amintesc clar că atunci când s-a elaborat unul din teste, un test de capacitate decizională, primele propuneri individuale ale unui coleg au constituit doar un cadru de pornire. Munca în echipă a dus la un produs care nu mai seamănă cu prima schiță dar care este probabil unul dintre cele mai bune teste de capacitate decizională elaborate în țară! Dacă nu ar fi fost în final contribuția și expresia grupului, probabil că varianta finală a acestui test ar fi fost departe de ceea ce ne-am propus ca standard de calitate. Din păcate am însă și exemplele care infirmă teza că munca în grup este tipică pentru cercetarea românească. Invitat fiind la una din universitățile particulare să susțin un curs de an de psihologie clinică, am avut plăcerea să coordonez câteva lucrări de licență ale studenților de acolo. Proaspăt întors din SUA, și continuând naiv practica de acolo aici, în România, am implicat mai mulți studenți în același proiect de cercetare. Așadar, angajamentul teoretic al lucrărilor era același (chiar cu unele segmente comune de text) dar ipotezele, obiectivele, metoda și așadar și rezultatele și concluziile, au fost complet altele la fiecare student, urmărind aspecte diferite ale aceluiași fenomen. Ei bine, deși lucrările respective ar fi putut fi publicate în reviste de prestigiu din străinătate, studenții erau pe cale să fie exmatriculați pe motivul că lucrează la aceeași temă și au lucrări de diplome identice! După eforturile mele de a convinge "comisia de profesioniști" că lucrările sunt diferite dar abordează același fenomen, am obținut ca studenții să nu fie exmatriculați și li s-a dat posibilitatea să-și susțină examenul anul viitor! Atunci, mi-a părut rău pentru implicarea mea în alte universități românești,

mai ales cele particulare, unde pe lângă faptul că adesea știința nu există, au atras asupra mea și baloul practicilor mai mult sau mai puțin ortodoxe de acolo în a face știință. Mi-am amintit atunci de una din formulele celebre ale lui Winston Churchill: "...porcii te tratează ca egal/similar lor!"; lui i-a plăcut asta, mie nu! O altă situație care susține cele afirmate mai sus cu referire la munca în grup, este că nu am văzut încă în România lucrări de psihologie clinică sau psihoterapie scrise în colaborare de cei mai reprezentativi profesioniști în domeniu. Nu vorbesc aici de lucrări scrise de doi trei oameni de la aceeași universitate, ci de lucrări fundamentale care să reunească specialiștii în domeniu de la universități diferite din țară! Odată scrise, astfel de lucrări ar putea să devină repere de calitate în domeniu!

Nu mai continuu exemplele și mă opresc aici. Pentru a fi constant cu mine va trebui să argumentez toate cele afirmate aici. Le voi argumenta atât printr-o analiză de caz cât și printr-o analiză empirică care sugerează caracterul mai general al lor. Dacă eu greșesc și cele afirmate aici sunt false atunci ne așteptăm ca psihologia clinică românească să fie vizibilă în exterior și performantă, separând valoarea de nonvaloare. Să urmărim cum stau lucrurile.

Pentru a evita conflicte cu alți colegi de breaslă îmi voi analiza critic propria activitate științifică; sper că voi da astfel un exemplu și mai clar de autoanaliză critică și de modalitate de a sparge egocentrismul care duce la un ego expandat. În primele mele lucrări de psihologie clinică, conform modelelor existente, aproape în fiecare am produs "revoluții necunoscute". Dacă lucram într-un mediu științific cu adevărat performant în ceea ce privește psihologia clinică probabil că un adevărat proces de recenzie m-ar fi împiedicat să fac acest lucru. Aș fi meritat, ca orice tânăr cercetător un proces de recenzie serios, dar ori nu l-am primit ori l-am primit atât de distorsionat și emoțional încât nu am avut ce să învăț din el. Am fost adus cu picioarele pe pământ

și mi-am redimensionat "revoluțiile" și stilul de a face știință după ce am petrecut o perioadă mai lungă la Mount Sinai School of Medicine în SUA. Acolo am învățat că un "articol revoluționar" se poate scrie doar dacă ai demonstrat prin activitatea anterioară că tu ești cel care trebuie să-l scrii și dacă el trece un proces de recenzie serios și ajunge în reviste cu impact pentru a putea fi discutat serios de comunitatea științifică. Altfel, el este doar o expresie a sentimentului vieții cum ar spune Rudolf Carnap, nu un demers științific. Prin prisma acestor criterii mi-am redimensionat întreaga activitate științifică. Sub aspect stilistic nu apreciez lucrările mele dinainte de 2000. Ca să le salvez și să le verific valoarea de conținut le-am redimensionat stilistic de la "revoluții" la "contribuții" și am încercat să le public în străinătate. Cele care au trecut această probă sunt lucrări științifice iar restul sunt produsele mele din perioada romantică expresie a lipsei unui model riguros și serios de a face știință în domeniul meu de interes! Lucrările scrise după 2000 sunt cele care mă definesc și care exprimă un raționalism critic entuziast în tot ceea ce fac. Cu toată responsabilitatea afirm că o lucrare publicată în țară care se dorește una revoluționară, de impact în domeniu, nu poate fi considerată ca atare până când nu trece proba unor recenzii internaționale și mai ales proba publicării internaționale (chiar și în rezumat!). Să fiu clar înțeles: nu consider că o lucrare bună este numai aceea publicată în străinătate. Apreciez autorii români onești și sinceri care au adus contribuții importante la dezvoltarea psihologiei în România prin publicații în țară; aceștia însă și-au dimensionat corect lucrările și nu au pretins că au contribuții "revoluționare" în domeniu. Comunitatea științifică românească și regulile publicării în domeniul psihologiei clinice în acest moment sunt atât de naive încât cred că ele nu pot separa valoarea de nonvaloare. În termenii lui Paul Feyerabend psihologia clinică românească este ghidată încă după legea celui care strigă

cel mai rare nu a valorii științifice. Probabil că va trebui să așteptăm în timp până când lucrurile se vor așeza. Stelele de iarmaroc au tendința să-și aducă lângă ele și să promoveze (numai până la un nivel însă la care nu se simt amenințați!) iobagi și muze proaste numite oameni de știință și experți, nu profesioniști care nu sunt impresionați de strălucirea din iarmaroc. Cum spunea un bun prieten de-al meu, trebuie să așteptăm ca o nouă generație, sper mai modestă, mai critică și mai autoreflexivă, să ajungă în pârghiile de putere și să schimbe ceva, aducând normalitatea în domeniu.

Revenind la investigația noastră – care de altfel va confirma cele afirmate mai sus – rezultatele obținute prin analiza bazelor de date menționate anterior sunt prezentate în tabelă 5 și 6 (pentru detalii privind aceste rezultate și metodologia lor de obținere vezi David și colab., 2002).

Tabelul 5. Vizibilitatea internațională a psihologiei clinice românești

Centrele universitare	PSYCHOINFO	MEDLINE
Universitatea Alexandru Ioan Cuza, Iași	VD-44 VR-2.3	VD-2
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca	VD-84 VR-9.3	VD-12
Universitatea București, București	VD-76 VR-8.4	VD-6
Universitatea de Vest Timișoara, Timișoara	VD-3 VR-0.27	VD-0

LEGENDĂ

VD-vizibilitatea directă. S-a calculat prin numărul de articole publicate de către membrii catedrelor de psihologie (în funcție în 2001) până în 2001 (inclusiv), articole disponibile pe bazele de date menționate

VR-vizibilitatea raportată la resursele catedrelor. Ea s-a calculat împărțind VD la numărul membrilor fiecărei catedre de psihologie (în funcție în anul 2001)

Rezultatele arată că psihologia clinică românească este vizibilă pe plan internațional, lucru remarcabil ținând cont de interdicțiile pe care psihologia le-a avut de traversat în perioada comunistă. Universitatea Babeș-Bolyai, prin publicațiile

Tabelul 6. Impactul internațional al psihologiei clinice românești

Centrele universitare	PSYCHOINFO	MEDLINE
Universitatea Alexandru Ioan Cuza, Iași	ID-1 IDM-0 IR-0.05 IRM-0	ID-1 IDM-0
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca	ID-6 IDM-0 IR-0.88 IRM-0	ID-1 IDM-0
Universitatea București, București	ID-1 IDM-0 IR-0.11 IRM-0	ID-0 IDM-0
Universitatea de Vest Timișoara, Timișoara	ID-0 IDM-0 IR-0 IRM-0	ID-0 IDM-0

LEGENDĂ

ID-impactul direct cuantificant prin numărul total de articole publicate în reviste cotate ISI până în 2001 (inclusiv), de către membrii catedrelor de psihologie (în funcție în anul 2001)

IDM-impactul direct cuantificat prin numărul de articole publicate până în 2001 (inclusiv) de către membrii catedrelor de psihologie (în funcție în 2001) în reviste cotate ISI și cu un factor de impact mai mare ca 1.5

IR-impactul raportat la numărul de resurse. El s-a calculat împărțind ID la numărul membrilor catedrelor de psihologie (în funcție în anul 2001)

IRM-impactul mare raportat la numărul de resurse. El s-a calculat împărțind IDM la numărul membrilor catedrelor de psihologie (în funcție în 2001)

autorului și ale unui grup restrâns de colegi, este cea care a contribuit semnificativ la această vizibilitate, datele arătând că psihologia clinică de la Cluj este cea mai bine dezvoltată din țară. Menționez că la data când am făcut aceste analize revista Asociației de Științe Cognitive din România, *Cognitie Creier*

Comportament, nu era inclusă în PSYCHOINFO. Grupul de la Cluj are tendința să publice rezultatele științifice în această revistă așa că faptul că psihologia clinică de la Cluj are cea mai mare vizibilitate internațională fără ca ea să fie determinată de publicațiile autorilor de la Cluj în revista proprie este un lucru de apreciat. Din păcate, această vizibilitate este redusă dacă facem comparații cu alte psihologii precum cea americană sau chiar finlandeză (pentru detalii vezi David și colab., 2002). Pentru a crește vizibilitatea psihologiei clinice românești este necesară publicarea lucrărilor în reviste vizibile și influente din literatura științifică internațională. Probabil că o mai clară condiționare a promovării academice pe baza acestui criteriu ar duce la o mai mare vizibilitate a psihologiei clinice românești pe scena internațională.

Analiza factorului de impact al psihologiei clinice românești arată o imagine similară. Factorul de impact a fost analizat cuantificând numărul de articole sau lucrări publicate în reviste cotate ISI, și anume, de către Institutul pentru Informare Științifică (Institute for Scientific Information – ISI). Revistele cotate ISI constituie elita revistelor științifice. Spre exemplu, MEDLINE include peste 4000 de reviste, iar PSYCHINFO în jur de 1300. Cu toate acestea, cercetările recente au arătat că doar 150 de reviste acoperă jumătate din toate citările în domeniu și un sfert din ceea este publicat (Garfield, 1990; 1996). În plus, 2000 de reviste acoperă 85% din toate publicațiile și 95% din toate articolele citate. Fiecare revistă cotată ISI are calculat un factor de impact, care arată influența acelei reviste în domeniu. Într-o descriere simplă, factorul de impact al unei reviste X se calculează împărțind număr de citări (în următorii doi ani de la publicarea articolelor citate) pe care le-au *primit* în alte reviste toate articolele publicate în revista X într-un an, la numărul de articole publicate în revista X pe parcursul acelui an. Cercetările au arătat că factorul de impact al revistei este un bun predictor

al citărilor viitoare ale articolelor publicate în această revistă. Deși Universitatea Babeș-Bolyai, prin lucrările autorului, are cel mai mare impact din țară în psihologia clinică internațională, psihologia clinică românească nu este un jucător important în știința internațională (pentru detalii vezi David și colab., 2002). Așadar, chiar dacă psihologia clinică românească este vizibilă, produsele ei nu sunt, încă, competitive și, în consecință, nu jucăm un rol semnificativ pe scena științifică internațională. Probabil că o strategie eficientă pentru a crește impactul psihologiei clinice românești pe scena internațională ar fi:

- Condiționarea promovărilor academice de publicații în reviste cotate de către ISI;
- Alocarea preferențială de resurse financiare și granturi de cercetare celor care deja și-au dovedit competența prin contribuții științifice de valoare internațională (ex. publicații în reviste ISI). Menționez aici un caz pe care eu îl consider ilustrativ. Un grant de cercetare care a fost considerat excelent "the state of the art" de către recenzorii internaționali și care a primit finanțare internațională pentru cinci ani a fost trimis (într-o variantă adaptată pentru România), pentru a verifica și modul de alocare a granturilor în țară, la Consiliul Național al Cercetării Științifice din Învățământul Superior (CNCSIS). Acest grant a fost evaluat cu 83,33 de puncte din 100 posibile și localizat undeva în a doua treime din totalitatea aplicațiilor. Nu mai menționez detaliat faptul că această decizie s-a luat fără a ni se comunica comentariile recenzorilor (măcar în rezumat) pe baza cărora s-a făcut această clasificare, practică normală în orice instituție serioasă care oferă fonduri pentru cercetare. Ei bine, aceasta înseamnă fie că criteriile CNCSIS sunt extrem de riguroase iar recenzorii acestora sunt lideri de cercetare în psihologie clinică și psihopatologie la nivel internațional (astfel ei au identificat probleme ale grantului neidentificate de experții internaționali) fie că alocarea resurselor de finanțare se face după

alte criterii decât cele ale valorii ştiinţifice a aplicaţiei. Care dintre cele două posibilităţi o fi cea reală nu ştiu, ştiu doar că psihologia clinică românească este abia vizibilă şi fără impact la nivel internaţional!

Confirmând criticile enunţate mai sus, recent, la a V-a conferinţă CNCSIS (2003), preşedintele acestei instituţii a recunoscut problemele referitoare la rigoarea evaluărilor făcute de experţii CNCSIS şi a militat pentru consolidarea normelor de evaluare a grant-urilor şi de selecţie a experţilor evaluatori.

Capitolul 7(1)

Psihologia clinică versus psihologie aplicată în alte domenii sau Cenuşăreasa

(1). Mulţumesc domnului profesor univ. dr. Horia Pitariu pentru comentariile şi sugestiile utile referitoare la analiza pe care am făcut-o psihologiei muncii-industrială-organizaţională şi domnului lector univ. dr. Adrian Opre, directorul Departamentului de Pregătire a Personalului Didactic, pentru sugestiile şi comentariile referitoare la analiza pe care am făcut-o psihologiei educaţionale-şcolare. Ambii sunt colegii mei la Universitatea Babeş-Bolyai din Cluj-Napoca.

După analiza critică făcută psihopatologiei pe parcursul acestei lucrări – analiză care se potriveşte pe deplin şi psihologiei clinice ca parte a psihopatologiei –, ne putem întreba: este psihologia clinică mai puţin ştiinţifică decât celelalte ramuri aplicate ale psihologiei? Răspunsul este ferm NU. Mai mult, spunem că psihologia clinică este avansată comparativ cu celelalte ramuri ale psihologiei aplicate, în ceea ce priveşte metodologia şi rigoarea cercetării într-o paradigmă a practicii validate ştiinţific (evidence-based practice; EBP). Să argumentăm acest lucru. Fiind mereu apropiată de medicină şi preluând modelul acesteia, psihologia clinică a fost nevoită să

implementeze proceduri eficiente, cel puţin prin consensul specialiştilor, care să amelioreze suferinţa pacienţilor, deşi, uneori, aşa cum am arătat pe parcursul acestei lucrări, modelele teoretice ale acestor proceduri au fost puse adesea sub semnul întrebării. Constrânsă de standardele sistemului medical, psihologia clinică nu a fost lăsată să "delireze" şi să implementeze orice. Odată cu apariţia mişcării pentru o medicină validată ştiinţific (evidence-based medicine; EBM), psihologia clinică a fost prima ramură aplicată a psihologiei care a beneficiat de noua schimbare de paradigmă în modificarea modului în care este gândită cercetarea şi practica în domeniu. Cum stau lucrurile în celelalte ramuri aplicate ale psihologiei în comparaţie cu psihologia clinică şi raportate la mişcarea unei practici validate ştiinţific (evidence-based practice; EBP)? Răspundem la această întrebare prin analizele descrise în continuare.

Cele mai importante trei ramuri aplicate ale psihologiei sunt (Gleitman, 1986):

- Psihologia clinică (incluzând psihoterapia, diagnosticul clinic, psihologia sănătăţii şi psihologia judiciară)
- Psihologia muncii-industrială-organizaţională (deşi cele trei aspecte formează discipline separate în cadrul aceleaşi ramuri, utilizăm această combinaţie pentru simplificarea textului)
- Psihologia educaţională-şcolară (deşi cele două aspecte formează discipline separate în cadrul aceleaşi ramuri, utilizăm această combinaţie pentru simplificarea textului)

Ele par să fie influenţate şi marcate de caracteristicile domeniilor în care se realizează:

- Domeniul sănătăţii;
- Domeniul industrial/economic;
- Domeniul educaţiei.

În domeniul industrial, angajamentul cheie este obţinerea de profit prin vânzarea produsului; aşadar, standardul este profitul realizat prin vânzarea produsului. Ca parte a acestui domeniu,

rezultatele psihologiei muncii-industriale-organizaționale sunt adesea promovate și evaluate prin prisma acestui standard. Spre exemplu, analizând comparativ validitatea unor instrumente psihologice utilizate în domeniul amintit pentru selecția de personal (ex. testul de abilități cognitive, interviul nestructurat etc.) și frecvența lor de utilizare în practică, Judge (1997) observă că în practică utilizarea acestor instrumente rareori este ghidată de acțiuni de validare. Coeficientul de corelație între validitatea lor și frecvența lor de utilizare este de – 0,67, ceea ce înseamnă următorul lucru: cu cât un instrument psihologic este mai puțin valid, cu atât el este mai des utilizat în practica psihologiei muncii-industriale-organizaționale! Chiar atunci când există cercetări riguroase cu implicații practice, apar probleme în psihologia muncii-industrială-organizațională privind diseminarea lor (Judge, 1997). Este vorba de trecerea de la domeniul științific, din laborator, în practică. Adesea firmele de consultanță nu sunt ghidate de rezultatele cercetării științifice, ci spun managerilor ceea ce aceștia doresc să audă. În plus, ele sunt adesea formate din neprofesioniști în psihologie, oferind servicii de asistență psihologică după un curs de câteva luni! Este clasic (vezi Church, 1997 pentru detalii) cazul discutat în Wall Street Journal, în 1997, care a arătat că o firmă importantă de consultanță psihologică din SUA a spus exact același lucru la 24 de companii mari, diagnosticând aceleași probleme și sugerând aceleași strategii de modificare! În plus, în ceea ce privește programele de training oferite de diferite firme de consultanță, rareori ele sunt validate științific, mai ales atunci când ele sunt oferite de profesioniști fără o pregătire psihologică (Judge, 1997; Pitariu, 2000). Se pare că adesea mulți angajați ai unor firme de consultanță nu sunt interesați în a considera rezultatele oferite de revistele științifice de specialitate, oferind mai degrabă servicii care se vând și nu care sunt validate științific (Church, 1997; Pitariu, 2000). Așa cum sugerează autorii de

impact în domeniu (ex. Church, 1997; Guion, 2000; Judge, 1997; Klimoski, 1997; Latham, 1997) sunt necesare:

(1) sporirea numărului de ore de training în cercetare în cadrul programelor de formare în psihologia muncii-industrială-organizațională;

(2) o mai bună diseminare a rezultatelor existente în cercetarea fundamentală și aplicată din psihologia muncii-industrială-organizațională;

(3) promovarea în aceste servicii a profesioniștilor cu formare în domeniul psihologic, ei putând aduce un plus de rigoare și practică validată științific în domeniu.

Un obstacol important pe care studiile științifice în psihologia muncii-industrială-organizațională trebuie să-l treacă se referă la criteriile de eficiență folosite. Adesea, această eficiență este evaluată prin utilitatea exprimată în bani (Law, 1995). Așa cum în psihologia clinică ne interesează reducerea simptomelor pacientului, în psihologia muncii-industrială-organizațională adesea ne interesează direct reducerea pierderilor și creșterea veniturilor ca urmare a intervențiilor psihologice. Acest criteriu este însă unul extrem de pragmatic ceea ce ne poate îndepărta uneori de angajamentul științific. Să argumentăm acest lucru.

• Intervențiile de psihologia muncii-industrială-organizațională nu vizează direct creșterea veniturilor ci ele vizează modificarea unor factori psiho-sociali (ex. satisfacția în muncă, autocontrolul emoțiilor negative), modificare care apoi poate induce creșterea veniturilor. Ei bine, ținând cont de acest lucru, un program de intervenție care duce astfel la creșterea veniturilor nu poate fi asumat automat ca fiind cauză a acelei creșteri. Altfel spus, dacă A (programul de intervenție) cauzează B (îmbunătățirea comunicării între angajați), iar B cauzează C (creșterea veniturilor firmei) nu putem fi siguri că A cauzează

C; este posibil ca între A şi C să fi intervenit alţi factori (ex. fluctuaţiile pieţei) care au dus la apariţia lui C.

Chiar şi în condiţiile în care programul de intervenţie este cauză distală a modificărilor în venituri (cauza proximală fiind factorii psihologici modificaţi de programul de intervenţie), aceasta nu înseamnă automat că teoria şi modelul teoretic care au generat acest program de intervenţie sunt corecte. În principiu, pentru această eficienţă pot fi angajate o infinitate de explicaţii psihologice şi de modele teoretice. Aşadar, dacă modelul teoretic nu este validat separat faţă de eficienţa lui pragmatică se produc mesmerisme industriale-organizaţionale!

Nu vreau să exagerez sugerând că în practica psihologiei muncii-industriale-organizaţionale nu sunt programe de training validate sau că nu se încearcă promovarea unor aspecte validate ştiinţific (pentru astfel de programe vezi Briner, 2000). Afirm doar, alături de alţi autori (ex. Briner, 2000; Church, 1997; Judge, 1997), că acest angajament nu este încă dominant în domeniu. În plus, cred că psihologiei muncii-industriale-organizaţionale îi va fi mult mai greu ca psihologiei clinice să realizeze un model de practică validată ştiinţific din cauza faptului că domeniul în care îşi desfăşoară activitatea –industrial/economic - este ghidat de principiul profitului, nu de principiul validităţii ştiinţifice. Deşi adesea aceste două criterii pot să meargă împreună, tot la fel de bine ele pot să nu se întâlnească.

Nici în ceea ce priveşte *psihologia educaţională-şcolară* lucrurile nu stau mai bine. Principiul fundamental în domeniul educaţiei în ceea ce priveşte instituirea unei curricule educaţionale este adesea recunoaşterea ei de către diverse foruri statale (ex. Ministerul Educaţiei). Rareori stabilirea unei curricule educaţionale se face pe baza unor studii care să arate eficienţa acelei curricule, eficienţă exprimată în volumul de cunoştinţe declarative sau procedurale asimilate sau în alţi indicatori

relevanţi. Pentru a argumenta cele spuse aici, menţionez că abia recent, Consiliul Cercetării Naţionale (National Research Council) în SUA şi Agenţia de Formare a Profesorilor (Teacher Training Agency) în Marea Britanie, organizaţiile cele mai importante care se ocupă cu formarea profesorilor pentru învăţământul preuniversitar, au afirmat că este necesară promovarea unei educaţii validate ştiinţific (evidence-based education; EBE) după modelul medicinei validate ştiinţific (EBM) (Willinsky, 2001). Din nou amintesc că o psihologie educaţională-şcolară validată ştiinţific trebuie să investigheze atât eficienţa programului propus, cât şi validitatea teoriei sau a modelului teoretic care l-a generat, altfel vom produce mesmerisme educaţionale-şcolare aprobate de Guvern!

În concluzie, deşi ramurile aplicate ale psihologiei nu au fost niciodată rupte de cercetare, ele au unele probleme. Pentru acestea, cercetarea fundamentală din psihologie a fost mereu o sursă de cunoştinţe. În plus, cercetarea aplicată iniţiată direct în aceste domenii şi-a adus propriul aport la bagajul teoretico-aplicativ. Din păcate însă acest nucleu sănătos a fost contaminat de standardele domeniului în care aceste discipline funcţionează. Psihologia clinică, urmărind modelul medicinei, s-a focalizat pe eficienţa programelor de intervenţie aceasta ducând uneori la ignorarea validării modelelor teoretice. Mişcarea medicinei validate ştiinţific (evidence-based medicine; EBM) este însă un suport serios pentru dezvoltarea acestui nucleu riguros în psihologia clinică. Viitorul pare mai puţin clar pentru celelalte domenii ale psihologiei aplicate. Psihologia muncii-industrială-organizaţională a fost se pare contaminată de standardul "vinderii produsului şi profit" ceea ce a dus nu doar la ignorarea unor modele teoretice, ci şi la promovarea uneori a unor proceduri care nu au validitate ştiinţifică. Din păcate domeniul industrial/economic nu pare să-şi schimbe standardul şi să promoveze o practică industrială validată ştiinţific. Aşadar, o

mişcare pentru o psihologie a muncii-industrială-organizaţională validată ştiinţific (evidence-based work/industrial/organization psychology; EBWIOP) trebuie să vină chiar din acest domeniu al psihologiei. Psihologia clinică poate să fie un model pentru o astfel de mişcare, deşi trebuie recunoscut că procedura studiilor clinice controlate (RCT) trebuie să fie modificată pentru a putea fi aplicată domeniului industrial-organizaţional (ex. este mai greu în acest domeniu să construim eşantioane echivalente pentru studiu). Similar, psihologia educaţională-şcolară a fost contaminată de standardul "deciziei prin vot". Este adevărat că adesea ea a încercat să promoveze modele de intervenţie bazate pe teorii fundamentate ştiinţific prin cercetarea din psihologie (Willinsky, 2002), dar rareori a testat empiric (1) validitatea acestor modele teoretice aplicate direct contextului educaţional sau (2) eficienţa procedurilor de intervenţie/curricula elaborate pe baza acestor modele. Din fericire, în educaţie au apărut voci (Willinsky, 2001) care promovează o educaţie validată ştiinţific (evidence-based education; EBE) după modelul medicinei validate ştiinţific (EBM). În consecinţă, psihologia educaţională-şcolară va putea beneficia de energia acestui nou val din domeniul educaţiei. Ea trebuie însă să fie deschisă acestei mişcări şi gata a se afla pe val, altfel va fi înecată. Sumarizând, există şanse mari ca preluând modelul psihologiei clinice, să asistăm, în viitorul apropiat, la un model generalizat de practică psihologică validată ştiinţific (evidence-based psychological practice; EBPP). Aceasta este provocarea care stă în faţa generaţiei actuale de cercetători şi practicieni din psihologie şi care dă acestei generaţii posibilitatea să redefinească profesia de psiholog şi modul în care se va face psihologie. Timpul va arăta cât de bine am utilizat această şansă. Sigur, există posibilitatea să argumentăm că, pentru anumite discipline aplicate ale psihologiei, modelul unei practici validate ştiinţific nu poate funcţiona din cauza particularităţilor domeniului. Deşi

nu cred acest lucru (mă bazez când fac această afirmaţie pe modelele deja existente de practică validată ştiinţific în toate domeniile psihologiei, deşi ele nu sunt întotdeauna dominante) putem accepta că există un demers alternativ. În acest caz însă, pentru a nu fi ipocriţi, trebuie să nu mai pretindem că practica noastră este validată ştiinţific. Ea este altfel, conformă cu demersul alternativ, oricare ar fi el.

CAPITOLUL 8

REMARCI FINALE SAU UN NOU ÎNCEPUT

Am ajuns şi la capătul acestei analize critice a psihopatologiei ca ştiinţă. Ce am reuşit să arăt pe parcursul acestei lucrări?

(1) Că psihopatologii au probleme cu sistemul lor de diagnostic şi de evaluare clinică; mai mult, am arătat că profesioniştii mai experimentaţi nu sunt mai performanţi decât profesioniştii mai puţin experimentaţi în a face predicţii asupra comportamentelor subiecţilor umani;

(2) Că intervenţiile şi tratamentele utilizate în psihopatologie sunt de o eficienţă îndoielnică şi că adesea performanţa paraprofesioniştilor este identică cu cea a profesioniştilor; în plus, psihopatologii nu sunt mai fericiţi sau mai sănătoşi din punct de vedere mental decât restul populaţiei;

(3) Că cercetarea făcută de psihopatologi este adesea distorsionată, condusă de interese socio-economice şi uneori chiar de fraudă;

(4) Că modalitatea de training şi formare în domeniu este una depăşită, defensivă şi că experienţa clinică nu duce în mod obligatoriu la expertiză şi performanţă.

În ciuda acestor limite, care generează o oarecare alienare și atitudine defensivă din partea psihopatologiei, și care trebuie interpretate reflexiv și constructiv nu într-o manieră semidoctă de negare a psihopatologiei ca știință, există un nucleu "sănătos" și riguros în psihopatologie. Acest nucleu este reprezentat de abordările cognitiv-comportamentală și biomedicală în cadrul paradigmei medicinei validate științific (evidence-based medicine; EBM) sau mai general, a unei practici validate științific (evidence-based practice; EBP). Fără a fi perfecte, noile paradigme – EBM și EBP – promovează mai clar un stil deschis, non-defensiv, exprimat:

(1) Într-un diagnostic și o evaluare clinică fundamentate științific, incluzând un instrumentar psihologic și teste de laborator bine validate;

(2) În intervenții și tratamente validate științific, deși promovarea unor rezultate experimentale incongruente cu mitul și așteptările sistemului are încă de suferit (vezi cazul medicației antidepresive în psihofarmacologie);

(3) Într-o cercetare fundamentală și aplicată riguroasă, condusă respectând principiile fundamentale ale metodologiei de cercetare științifică, dar adaptându-le condițiilor domeniului clinic;

(4) Prin programe de training flexibile, validate științific și adaptate cerințelor unui mediu profesional în continuă schimbare.

Evoluția psihopatologiei ca știință depinde de dezvoltarea acestui nucleu teoretico-metodologic riguros și mai ales, de curajul de a-l promova. Spre exemplu, aș dori ca în volumele de psihopatologie să-l văd pe Sigmund Freud trecut la secțiunea de istorie, nu la secțiunea de orientări teoretice actuale. Onest și științific vorbind, fără încărcături emoționale, locul lui Sigmund Freud și al psihanalizei (și al multor abordări umanist-existențialiste), în timpul medicinei (EBM) și a practicii

profesionale validate științific (EBP) este la capitolele de istorie sau cel mult la secțiunea abordărilor "parțial validate științific/probabil eficiente". Este un reflex nefericit al trecutului de a vedea în majoritatea lucrărilor de psihopatologie secțiunea de abordări teoretice începând cu psihanaliza lui Sigmund Freud (vezi Kaplan și colab., 1997; Sadock și colab., 2002), în lipsa unor date care să ateste suportul științific pentru această abordare (vezi și Anexa 1). Pe de altă parte, dacă greșesc, și există date care susțin validitatea teoriilor lui Sigmund Freud, atunci ele sunt extrem de bine ascunse și păzite de propunătorii lor. Acestea fiind spuse, nu înseamnă că nu s-ar putea confirma științific multe teze ale abordărilor dinamic-psihanalitice sau umanist-existențialiste, dar trebuie să avem curajul să spunem că până acum acest lucru, în cele mai multe cazuri, nu a fost făcut. Spre exemplu, psihanaliza s-a dovedit doar o poveste interesantă fără a reuși să o validăm încă științific. Dacă nucleul mai riguros din psihopatologie reprezentat de abordările cognitiv-comportamentală și biomedicală în cadrul medicinei validate științific (EBM) va fi sufocat de practicile pseudoștiințifice descrise pe parcursul acestei lucrări și de lipsa curajului de a ne debarasa de reflexele trecutului, probabil că psihopatologia va sfârși internată în istorie!

ENGLISH SUMMARY

Here we are at the end of our critical analysis of psychopathology as science, analysis based on our extensive review of available data and on the data summarized in previous books on this topic (Beutler & Malik, 2002; Dawes, 1996; Lilienfeld et al., 2003; Pam & Ross, 1995). What are the points we managed to make throughout this paper?

(1) Psychopathologists encounter problems with their diagnosis and clinical evaluation system; moreover, we have shown that professionals are not better that paraprofessionals at making predictions about human subjects behavior, based on the clinical analyses they perform;

(2) The treatments and the interventions used in psychopathology are often of questionable efficiency and frequently the performance of paraprofessionals is identical to that of professionals; in addition, psychopathologists are not happier or mentally healthier than the rest of the population;

(3) The research performed by psychopathologists is often distorted, driven by socio-economical interests and, sometimes, even a fraud;

(4) The methods of training in this area are obsolete, defensive, while clinical experience does not necessarily lead to performance and expertise.

Despite these limitations, that must be considered reflectively and constructively and not by ignorantly denying psychopathology as science which fosters withdrawal and a defensive attitude from psychopathology, there is a "healthy" and rigorous core represented by the cognitive-behavioral and the

biomedical approaches reunited under the evidence-based medicine (EBM) paradigm, or more generally the evidence-based practice (EBP). Without being perfect (they too have been criticized in this book!), these new paradigms – EBM and EBP – promote a more open and less defensive approach, expressed as:

(1) Evidence-based diagnosis and clinical evaluation using rigorously validated psychological instruments and laboratory tests;

(2) Evidence-based interventions; although promoting experimental results incongruent with system myths and expectations proves still difficult (see the case of psychopharmacology field);

(3) Basic and applied research conducted rigorously, in accordance with the fundamental principles of scientific research methodology adapted to the clinical setting;

(4) Flexible training programs, scientifically validated and adapted to the requirements of a continuously changing professional domain.

The evolution of psychopathology as science rests on the development of this rigorous theoretical and methodological core and the courage to promote it. For example, I would be pleased to see Sigmund Freud listed in the historical references section of the current books on psychopathology, instead of the current trends section. Honestly and scientifically speaking, without emotional biases, in the era of evidence-based medicine and evidence-based practice, Sigmund Freud's place is in the history chapters or, at the most, under the probably efficacious approaches section. It is a misfortunate habit of the past to begin the theoretical approaches section in almost every book of psychopathology with Sigmund Freud's psychoanalysis, in the lack of data (see Appendix 1-the list of evidence-based psychotherapies) to support the scientific basis of most of this ap-

proach (see also the case of other dynamic-psychoanalytical and humanistic-existential approaches). On the other hand, if I am mistaking and the data supporting the validity of Sigmund Freud's theories do exist, they are extremely well hidden and guarded by their proponents. This does not mean that many of Sigmund Freud's theses (or of other dynamic-psychoanalytical and humanistic-existential approaches) could not be confirmed scientifically, but we must have the courage to say that until now most of them have not been confirmed (they were disconfirmed or we just lack studies about them) and that psychoanalysis proved to be just an interesting story. If the rigorous core represented by the cognitive-behavioral and the biomedical approaches reunited under evidence-based medicine is suffocated by the pseudoscientific practices described in this book and the lack of courage to dispose of past habits, psychopathology will probably end up an inpatient of history.

BIBLIOGRAFIE/REFERENCES

Academia Română (1996). *Dicționarul explicativ al limbii române*. Univers Enciclopedic: București.

Ackerman, R. și DeRubeis, R.J. (1991). Is depressive realism real? *Clinical Psychology Review, 11*, 565-584.

Anastasi, A. (1958). *Differential psychology*. Macmillan: New York.

Anda, R. și colab. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology, 4*, 285-294.

Anderson, J.R. (1990). *Cognitive psychology and its implications*. WH Freeman and Company: New York.

Angell, M. (1985). Disease as a reflection of the psyche [editorial]. *N. Engl. J. Med., 312*, 1570-1572.

Antonuccio, D.O. și colab. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice, 6*, 574-585.

APA (2002). *Graduate Study in psychology*. American Psychological Association: Washington.

APsyA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition)*. American Psychiatric Association: Washington.

Barber, T.X. (1969). Five attempts to replicate the experimenter bias effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 1-6.

Baron, R.M. și Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Con-

ceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 6*, 1173-1182.

Baum, A. şi colab. (1997). *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill: New York.

Bălăceanu-Stolnici, C. (1981). *Anatomiştii în căutarea sufletului*. Editura Albatros: Bucureşti.

Benedetti, F. şi colab. (1995). Potentiation of placebo analgesia by proglumide. *Lancet, 346*, 1231-1231.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy for emotional disorders*. International University Press: New York.

Beck, A.T. şi colab. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press: New York.

Beck, A.T. (2000). Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence. Harper Perennial: New York.

Beecher, H.K. (1955). The powerful placebo. *JAMA, 159*, 1602-1606.

Bergin, A.E. şi Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley: New York.

Bergmann, G. (1940). The subject matter of psychology. *Philosophy of Science, 7*, 415-433.

Bergson, H. (1934). *La pensee et le mouvant*. Felix Alcan: Paris.

Berman, J.S. şi Norton, N.C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin, 98*, 401-406.

Beutler, L.E. şi Malik, M.L. (2002). *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. American Psychological Association: Washington.

Bologiu, H.D. (1990). *Semiologie medicală*. Medex: Cluj-Napoca.

Borges, E.M. (1995). A social critique of biological psychiatry. În C.A. Ross şi A. Pam (Eds.), *Pseudoscience in biological psychiatry: Blaming the body*. John Willey and Sons: New York.

Brehm, S.S. şi Kassin, S.M. (1989). *Social psychology*. Houghton Mifflin Company: Boston.

Bridgeman, P.W. (1927). *The logic of modern physics*. Mcmillan: New York.

Bridgeman, P.W. (1936). *The nature of physical theory*. Princeton University Press: Princeton.

Briner, R. (2000). Evidence-based human resource management, În L. Trinder şi S. Reynolds (Eds.), *Evidence-based practice: A critical appraisal*. Blackwell Science: Oxford.

Buchler, J. (1940). *The philosophy of Peirce*. Harcourt, Brcak and Co.: New York.

Butler, A.C. şi Beck, J.S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of metaanalyses. *Journal of Norvegian Psychological Association, 37*, 1-9.

Buss, D.M. şi colab. (1998). Adaptation, exaptation, and spandrels. *American Psychologist, 5*, 533-548.

Canino, E. şi colab. (1994). A behavioral treatment program as a therapy in the control of primary hypertension. *Acta Scientifica Venezolana, 45*, 23-30.

Carnap, R. (1937). Testability and meaning. *Philosophy of Science, 5*, 1-40.

Cataniia, A.C. şi Brigham, T.A. (1978). *Handbook of applied behavior analysis. Social and instructional processes*. Irvington Publishers: New York.

Chambless, D.L. şi Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-19.

Chamberlain, J.M. şi Haaga, D.A.F. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 19*, 163-176.

Christensen, A. și Jacobson, N.S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science, 1*, 8-13.

Clark, D. M. (1995). Anxiety states: panic and generalized anxiety. În K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk și D. Clark. (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford University Press: Oxford.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 1*, 155-159.

Cohen, J. (1994). The earth is round (p<.05). *American Psychologist, 12*, 997-1003.

Compte, A. (1830). *Cours de philosophie positive*.

Church, A. H. (2003). *From both sides now: The impact of industrial/organizational psychology*. Society for Industrial and Organizational Psychology. American Psychological Association (*http://www.apa.org*).

David, D. (1999). Experimentul cu un singur subiect: Prezentare generală și aplicație clinico-experimentală. *Cognitie, Creier, Comportament, 3*, 145-163.

David, D. (2000). *Prelucrări inconștiente de informație. Contaminarea psihologică în mass-media, practica clinică și juridică*. Editura Dacia: Cluj-Napoca.

David, D. (2001). *The history of hypnosis and hypnotherapy in Romania*. Psychological Hypnosis, American Psychological Association, USA.

David, D. (2001a). *Cognitive-behavior therapy in Romania*. International Association of Cognitive Psychotherapy, USA.

David, D. (2003). *Psihologie clinică și psihoterapie*. Manual litografiat. Universitatea Babeș-Bolyai, Catedra de Psihologie: Cluj-Napoca.

David, D. (2003a). Rational Emotive Behavior Therapy (REBT); The view of a cognitive psychologist. In W. Dryden

(Ed.), *Theoretical developments in REBT*. London: Brunner/ Routledge.

David, D. (2003b). Cognitive-behavioral interventions in modern psychosomatic medicine; A critical-appraisal of the theory and practice. În D.T. Dumitrașcu (Ed.), *Psychosomatic medicine. Recent progress and current trends*. Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu": Cluj-Napoca.

David, D. și colab. (2000). *Psihoterapie și hipnoterapie cognitiv-comportamentală*. Editura Rișoprint: Cluj-Napoca.

David, D. și Montgomery, G. H. (2001). *The impact of psychosocial influences on the placebo research; When is too much?* Another analysis of Hrobjartsson and Gotzsche (2001)'s metaanalysis: "Is the placebo powerless?". *Cognitie Creier Comportament, 3*, 221-233.

David, D. și McMahon, J. (2001). Clinical strategies in cognitive behavioral therapy; A case analysis. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapy, 1*, 71-86.

David, D. și Miclea, M. (2002). Behavior therapy in Romania: A brief history of theory, research, and practice. *The Behavior Therapist, 25*, nr. 10.

David, D. și colab. (2002). Romanian psychology on the international scene: A preliminary critical and empirical appraisal. *European Psychologist, 2*, 153-161.

David, D. și colab. (2002a). Another search for the "hot" cognitions: Appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotion. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 2*, 93-131.

David, D., Montgomery, G. și Holdevici, I. (sub tipar). Romanian norms for the Harvard group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

Davidoff, F., şi colab. (2001). Sponsorship, authorship, and accountability. *New England Journal of Medicine, 345,* 825-827.

Dawes, R.M. (1996). *House of cards. Psychology and psychotherapy built on myth.* The Free Press: New York.

Deckersbach, T. şi colab. (2000). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychiatric Clinics of North America, Vol. 23,* Nr. 4.

Delay, J. şi Pichot, P. (1955). *Methodes psychometriques en clinique.* Ed. Masson et C-ie: Paris.

Delay, J. şi Pichot, P. (1971). *Abrege de psychologie.* Ed. Masson et C-ie: Paris.

Derrida, J. (1976). *Grammatology.* John Hopkins Press: Baltimore.

DeRubeis, R.J. şi colab. (2001). Cognitive therapy. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* Guilford Press: New York.

Deutsch, C.J. (1985). A survey of therapist - personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 2,* 305-315.

DiGiuseppe, R. şi Tafrate, R.C. (2003). *The anger disorder ScalManual.* Multi-Health System: Toronto.

Dilthey, W. (1937). *Gesammelte Schriften.* Munich.

DiMattia, D. şi Lega, L. (1990). *Will the real Albert Ellis please stand up?* Institute for Rational-Emotive Therapy: New York.

Djulbegovic, B. şi colab. (1999). The quality of medical evidence in hematology-oncology. *Am. J. Med., 2,* 198-205.

Dobson, K. S. (2001). *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* Guilford Press: New York.

Dollard, J. şi Miller, N. (1950). *Personality and psychotherapy.* McGraw-Hill: New York.

Dowd, T. şi Courchaine, K. (1996). Implicit learning, tacit knowledge and implications for stasis and change in cognitive psychotherapy. *International Journal of Cognitive Psychotherapy, 10,* 163-180.

Durlak, J. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin, 86,* 80-92.

Elliott, D.M. şi Guy, J.D. (1993). Mental helath professionals versus non-mental health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice, 24,* 83-90.

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy (re. ed.).* Secaucus, NJ: Birscj Lane.

Ellis, A. (2001). Psychology's original survivor. *Monitor on Psychology,* vol. 32, nr. 5.

Everson, S.A. şi colab. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardical infarction and cancer. *Psychosom. Med., 58,* 113-121.

Eysenck, M.W. şi Keane, M.T. (1990). *Cognitive psychology: A students' handbook.* Erlbaum: Hove.

Fawzy, F.I. şi colab. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Arch. Gen. Psychiatry, 47,* 729-735.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance.* Stanford University Press: Stanford.

Feyerabend, P. (1975). *Against method.* Verso: London.

Frank, J.D. (1973). *Persuation and healing.* John Hopkins University Press: Baltimore.

Frasure-Smith, N. şi colab. (1993). Depression following myocardial infraction: Impact on 6-month survival. *JAMA, 270,* 1819-1825.

Furmark, T. şi colab. (2002). Common changes in cerebral bood flow in patients with social phobia treated with

citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Archives General Psychiatry, 59*, 425-433.

Gadamer, H.G. (1975). *Truth and method.* Seabury: New York.

Garb, H.N. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. *Psychological Bulletin, 105*, 387-392.

Garb, H.N. (1998). *Stuying the clinician: Judgement research and psychological assessment.* American Psychological Association: Washington.

Garb, H.N. şi colab., (2001). Comparison of medical and psychological tests. *American Psychologist, 2*, 137-138.

Garfield, E. (1990). How ISI selects journals for coverage: Quantitativeand qualitative considerations. *Current Contents, May, 28.*

Garfield, E. (1996). The significant scientific literature appears in a small core journals. *The Scientists, V10(17)*, Sept. 2.

Garfinkel, P.E. şi colab. (1997). Boundary violations and personality traits among psychiatrits. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*, 758-763.

Gauld, A. (1992). *The history of hipnotism.* Cambridge University Press: Cambridge.

Gidron, Y. şi colab. (1999). The short-term effects of a hostility-reduction intervention in CHD patients. *Health Psycho., 18*, 416-420.

Gleitman, H. (1986). *Psychology.* Norton Company: New York.

Goodkin, K. şi colab. (2001). A bereavement support group intervention affects plasma burden of Human Immunodeficiency Virus Type 1: report of a randomized controlled trial. *J. Human Virol., 4*, 44-54.

Goodman, N. (1978). *Ways of worldmaking.* Hacket Horton: Indianapolis.

Gould, S.J. (1991). Exaptation: A crucial tool for evolutionary psychology. *Journal of Social Issues, 47*, 43-65.

Grecho, U292 Inserm, Arc şi Grepa (1989). Evaluation de deux produits homeopathiques sur la reprise du transit après chirurgie digestive: Un essai controle multicentrique. *Presse. Med., 18*, 59-62.

Greenwood, J.D. (1989). *Explanation and experiment in social psychological science. Realism and the social constitution of action.* Springer-Verlag: New York.

Groth-Marnat, G. (2000). Visions of clinical assessment: Then, now, and a brief history of the future. *Journal of Clinical Psychology, 3*, 349-365.

Guion, R.M. (2000). *Confessions of an eminet failure.* Symposium: Eminet I-O psychologists look back-and forward. Society of Industrial and Organizational Psychology, New Orleans, SUA.

Guy, J.D. (1987). *The personal life of the psychotherapists.* John Willey and Sons: New York.

Guy, J.D. şi colab. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 1*, 48-50.

Hashish, I. şi colab. (1986). Anti-inflammatory effects of ultrasound therapy: Evidence for a major placebo effect. *Br. J. Rheumatol., 25*, 77-81.

Hattie, J.A. şi colab. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin, 95*, 534-541.

Hauser, R.M. (2002). *Meritocracy, cognitive ability, and the sources of occupational success.* American Sociological Association, Chicago, Illinois.

Hawton, K. şi colab. (2001). Suicide in doctors: A study of risk according to gender, seniority and specialty in medical

practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology Community Health, 55*, 296-300.

Heery, M. (2001). An interview with Albert Ellis. *Psychotherapist Resources Therapist of the Month* (http://www.psychotherapistresources.com).

Hilton, T.L. şi Schrader, W.B. (1987). *Pathways to graduate school: An empirical study based on national longitudinal data.* Educational Testing Services: Princeton.

Horgan, J. (1996). *The end of science.* Addison-Wesley Pub., Reading Massachusetts.

Houts, A.C. (2002). Discovery, invention, and the expansion of the modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders. În L.E. Beutler şi M.L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM. A psychological perspective.* American Psychological Association: Washington.

Howes, N şi colab. (1997). Surgical practice is evidence based. *Br. J. Surg., 9*, 1220-1223.

Hrobjartsson, A. şi Gotzsche, C. P. (2001). Is placebo Powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *New England Journal of Medicine, 344*, 1594-1602.

Humphreys, K. (1996). Clinical psychologists as psychotherapists. History, future, and alternatives. *American Psychologist, 3*, 190-197.

Husserl, E. (1947). *Meditations cartesiennes.* J Vrin: Paris.

Jacobson, N.S. şi colab. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 295-304.

Janssen, J. P. (1973). The experimenter's expectation-effect: An artifact of non-standardized experimental conditions? An investigation concerning Rosenthal's experimenter-bias under standardized group experimental conditions. *Psychologische Beitraege, 15*, 230-248.

Jemec, G.B.E. şi colab. (1998). Evidence-based dermatologic out-patient treatment. *International Journal of Dermatology, 11*, 850-854.

Johnston, M. şi Vogele, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery: A metaanalysis. *Annals of Behavioral Medicine, 15*, 245-256.

Joiner, T.E. şi Schmidt, N.B. (2002). Taxometrics can "do diagnostics right" (and isn't quite as hard as you think). În L.E. Beutler şi M.L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM. A psychological perspective.* American Psychological Association: Washington.

Jonas, B.B. şi Ingram, D.D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension?: Longitudinal evidence from the National Health Nutriation Examination Survey I epidemiologic follow-up study. *Arch. Fam. Med., 6*, 43-49.

Judge, T. (2002). Responds. În A.H. Church: *From both sides now: The impact of Industrial/Organizational psychology.* Society for Industrail and Organizational Psychology. American Psychological Association (*http://www.apa.org*).

Kagee, A. (2002). Concerns about effectiveness of critical incident stress debriefing in ameliorating stress reactions. *Critical Care, 6*, 88.

Kahneman, D şi Tversky, A. (1972). Subjective probability: A judgment of representativeness. *Cognitive Psychology, 3*, 430-454.

Kaplan, H.I. şi colab. (1994). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry.* Williams and Wilkins: Baltimore.

Kaplan, H.I. şi colab. (1997). *Kaplan and Sadock s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry.* Williams and Wilkins: Baltimore.

Kendall, P.C. şi colab. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 285-299.

Kenny, S.E. şi colab. (1997). Evidence-based surgery: Interventions in a regional paediatric surgical unit. *Arch. Dis. Child., 1*, 50-53.

Kernbach, V. (1978). *Miturile esenţiale*. Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică: Bucureşti.

Kihlstrom, J.F. (2002). To honor Kraepelin...: From symptoms to pathology in the diagnosis of mental illness. În L.E. Beutler şi M.L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. American Psychological Association: Washington.

Kilburg, R.R. şi colab. (1986). *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology*. American Psychological Association: Washington.

Kirsch, I. (1990). *Changing expectations. A key to effective psychotherapy*. Brooks/Cole Publishing Comp: Pacific.

Kirsch, I. (1999). *How expectancies shape experience*. American Psychological Association: Washington.

Kirsch, I. şi Scoboria, A. (2001). Apples, oranges, and placebos: Heterogeneity in a metaanalysis of placebo effects. *Prevention and Treatment, 5*, art.22.

Kirsch, I. şi colab. (2002). The emperor-s new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention and Treatment, 5*, art. 23.

Klimoski, R. (2002). Responds. În A.H. Church: *From both sides now: The impact of Industrial/Organizational psychology*. Society for Industrail and Organizational Psychology. American Psychological Association (http://www.apa.org).

Kraepelin, E. (1989). *The diagnosis and prognosis of dementia praecox*. Paper presented at the 20th Congress of Southwestern German Psychiaty, Heidelberg.

Kraepelin, E. şi Diefendorf, A.R. (1907). *Clinical psychiatry; A text-book for students and physicians*. Memillan: New York.

Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolution*. Univ. of Chicago Press: Chicago.

Laing, R.D. (1967). *The politics of experience*. Ballantine: New York.

Lakatos, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes. În I. Lakatos şi A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge University Press: Cambridge.

Laliotis, D. şi Grayson, J.H. (1985). Psychologist heal thyself: What-s available for the impaired psychologist. *American Psychologist, 40*, 84-96.

Lambert, M.J. (2003). Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Willey: New York.

Lambert, M.J. şi Ogles, B.M. (2003) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. În M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Willey: New York.

Lang, E.V. şi colab. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomized trial. *Lancet, 355*, 1486-1490.

Lang, E.V. şi Rosen, M.P. (2001). Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. *Radiology, 222*, 375-382.

Latham, G. (2002). Responds. În A.H. Church: *From both sides now: The impact of industrial/organizational psychology*. Society for Industrail and Organizational Psychology. American Psychological Association (http://www.apa.org).

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation.* New York: Oxford University Press.

Law, K.S. (1995). Estimating the dollar values contribution of human resources intervention programs: Some comments on the brodgen utility equation. *Australian Journal of Management, 2,* 206.

Lee, J.S. şi colab. (2000). Is general thoracic surgical practice evidence based? *Ann. Thorac. Surg., 2,* 429-431.

LeFever, G.B. şi colab. (1999). The extent of drug therapy for ADHD among children in public schools. *Public Health,* Sept., 1359-1364.

Leserman, J. şi colab. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *Am. J. Psychiatry, 157,* 1221-1228.

Leuchter, A. F. şi colab. (2002). Changes in brain function of depressed subjects during treatment with placebo. *Am. J. Psychiatry, 1,* 122-129.

Lilienfeld, S.O. (1996). EMDR therapy: Less than meets the eyes? *Skeptical Inquirer,* Jan./Feb.

Lilienfeld, S.O. (1998). Recent methodological advances and developments in the assessment of psychopathy. *Behavior Research and Therapy, 36,* 99-125.

Lilienfeld, S.O. şi Marino, L. (1985). Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 411-420.

Lilienfeld, S.O. şi colab., (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Publica Interest, 2,* 27-66.

Lilienfeld, S.O. şi colab. (2001). Projective measures of personality and psychopathology: How well do they work? *Skeptical Inquire, 5,* 32-39.

Lilienfeld, S.O. şi colab. (2003). *Science and pseudoscience in clinical psychology.* Guilford Press: New York.

Lorr, M. şi colab. (1961). Meprobamate and chlorpromazine in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 4,* 381-389.

MacKinnon, D.W. şi Dukes, W.F. (1962). Repression. În L.J. Postman (Ed.), *Psychology in the making: histories of selected research problems.* Knopf: New York.

Malmivaara, A. şi colab. (1995). The treatment of acute low back pain – bed rest, exercises, or ordinary activity? *New England Journal of Medicine, 332,* 351-355.

Marchais, P. (1970). *Psychiatrie et methodologie.* Masson: Paris.

Marga, A. (1988). *Introducere în filosofia contemporană.* Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică: Bucureşti.

Marr, D. (1982). *Vision.* W.H. Freeman and Company: San Francisco.

Martin, J şi Sugarman, J. (2000). Between the modern and the postmodern. The possibility of self and progressive understanding in psychology. *American Psychologist, 4,* 397-406.

Mayne, T.J. şi colab. (1996). Depressive affect and survival among gay and bisexual men infected with HIV. *Arch. Intern. Med., 156,* 2233-2238.

Messick, S. (1980). Test validity and the ethics of assessment. *American Psychologist, 11,* 1012-1027.

McNally, R.J. (1999). EMDR and mesmerism: A comparative historial analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 1,* 225-236.

Meca, A.M. şi colab. (1989). *The social importance of self-esteem.* University of California Press: Berkeley.

Meehl, P.E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical ananlysis and reveiw of the literature.* University of Minnesota Press: Minneapolis.

Meyer, G.J. şi colab., (2001). Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues. *American Psychologist, 2,* 128-165.

Miclea, M. (1997). *Stres şi apărare.* Presa Universitară Clujeană: Cluj-Napoca.

Miller, S.D. şi colab. (1977). *Escape from Babel.* Norton: New York.

Mischel, W. (1968). *Personality and assessment.* Wiley: New York.

Montgomery, G., David, D. şi colab. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A metaanalysis. *Anest. Analg., 94,* 1639-1545.

Montgomery, G., David, D. şi colab. (2003). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal of Behavioral Medicine, 2,* 153-164.

Morrow, D. şi colab. (1994). The impaired health professional: The need for primary prevention programs for students in the health professions. *Texas Psychologists,* 4-6.

Moseley, J.B. (2002). A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *New England Journal of Medicine, 2,* 81-88.

MTA cooperative group (1999a). A 14-month randomized clinical trial of tretament strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56,* 1073-1086.

MTA cooperative group (1999b). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56,* 1088-1096.

Myles, P.S. şi colab. (1999). Is anaesthesia evidence-based? A survez of anaesthetic practice. *Br. J. Anaesth., 4,* 591-595.

Nathan, P.E. şi colab. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis. *Psychological Bulletin, 6,* 964-981.

Nordin-Johansson, A şi colab. (2000). Randomized controlled trials and consensus as a basis for interventions in internal medicine. *Journal of Internal Medicine, 1,* 94-104.

OMS (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems.* WHO: Geneva.

Ost, L.G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and a review of controlled studies. *Behavior Research and Therapy, 26,* 13-22.

Paul, G. L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy.* Stanford University Press: Stanford.

Pennebaker, J. şi Susman, J. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic process. *Social Science and Medicine, 26,* 327-332.

Perelman, C. (1970). *La champ de l'argumentation.* Presses Universitaire de Bruxelles: Bruxelles.

Person, J.B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist, 11,* 1252-1260.

Pitariu, H.D. (2000). Psihologia ca profesiune şi deontologia intervenţiilor psihologice în managemnetul resurselor umane. *Studii de Psihologie, 1,* 7-10.

Popper, K. (1959). *The logic of scientific discovery.* Hutchinson: London.

Popper, K. (1985). *Unended quest.* Open Court, La Salle, III.

Powell, L.H. şi colab. (1991). Endurance of treatment effects in the Recurrent Coronary Prevention Project. *Psychosom. Med., 53,* 217-225.

Price, R.H. şi Lynn, S.J. (1981). *Abnormal psychology in the human context.* The Dorsey Press: Illinois.

Putnam, H. (1981). *Reason, truth, and history.* Cambridge University Press: Cambridge.

Quine, W.V.O. (1953). Two dogmas of empiricism. In *From a logical point of view.* Harvard University Press: Cambridge.

Ralea, M. (1954). *Caracterul şantiuman şi antiştiinţific al psihologiei burgheze americane.* Editura de Stat: Bucureşti.

Relman, A.S. şi Angell, M. (2002). Resolved: Psychosocial interventions can improve clinical putcomes in organic disease (Con). *Psychosom. Med., 64,* 558-563.

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person.* Houghton Mifflin: Boston.

Rollman, B.L. şi colab. (1997). Medical specialty and the incidence of divorce. *New England Journal of Medicine, 336,* 800-803.

Rorty, R. (1991). *Objectivity, Relativism, and truth.* Cambridge University Press: Cambridge.

Rosch, E. (1973). Natural categories. *Cognitive Psychology, 4,* 328-350.

Rosenthal, R. (1967). Covet communication in the Psychological experiment. *Psychological Bulletin, 67,* 356-367.

Rosenthal, R. (1994). Interpersonal expectancy effects: A 30-year perspective. *Current Direction in Psychological Science, 3,* 176-179.

Ross, A. şi Pam A. (1995). *Pseudoscience in biological psychiatry: Blaming the body.* John Willey and Sons: New York.

Russell, B. (1962). *Mysticism and logic.* Allen and Unwin: London.

Russell, J.A. şi Carroll, J.M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin, 1,* 3-30.

Sackett, D. şi colab. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal, 312,* 71-27; vezi şi Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford, UK (*http://cebm.jr2.ox.ac.uk/ebmisisnt.html*.

Sadock, B.J. şi colab., (2002). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* Williams and Wilkins: Baltimore.

Sarason, I.G. şi Sarason, B.R. (1999). *Abnormal psychology. The problem of maladaptive behavior.* Prentince Hall: New Jersey.

Sawers, J. (1966). Measurement and prediction, clinical and statistical. *Psychological Bulletin, 66,* 178-200.

Schachman, H. K. (1993). What is misconduct in science? *Science, 261,* 148-152.

Schachter, S. şi Singer, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychologial Review, 69,* 379-399.

Schacter, D.L. şi Tulving, E. (1994). *Memory System.* MIT Press: Cambridge.

Schneider, R.H. şi colab. (1995). A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension, 26,* 820-827.

Scogin, F. şi colab. (1990). Efficacy of self-administered treatment programs. Meta-analytic review. *Professional Psychology: Research and Practice, 21,* 42-47.

Seligman, M.E.P. şi Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist, 55,* 5-15.

Selye, H. (1976). *The stress of life.* McGraw-Hill: New York.

Shedler, J. şi colab. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist, 11,* 1117-1131.Shekelle, R.B. şi colab.

(1983). Hostility, risk of coronary disease, and mortality. *Psychosom. Med., 45,* 219-228.

Sherman, M. (1996). Distress and professional impairement due to mental health problems among psychotherapists. *Clinical Psychology Review, 16,* 299-315.

Smith, D.A. (2001). Validity and values: Monetary and otherwise. *American Psychologist, 2,* 136-137.

Smith, C.A. și Lazarus, R. (1993). Appraisal, components, core relational theme, and the emotions. *Cognition and Emotion, 7,* 233-269.

Spiegel, D. și colab. (1989). Effect of a psychosocial treatment on survival of patients with metatastic breast cancer. *Lancet, 2,* 888-891.

Spitzer, M.B. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders, clinician version (SCID-CV).* American Psychiatric Press: Washington.

Stengers, J. și Van Neck, A. (2001). *Masturbation: The history of a great terror.* St. Martin Press: New York.

Stoianovici, D. și colab. (1990). *Logica generală.* Editura Didactică și Pedagogică: București.

Suarez-Varela, M.M. și colab. (1999). Evidence based general practice. *Eur. J. Epidemiol., 9,* 815-819.

Summers, A. și colab. (1996). Is psychiatric treatment evidence-based? *Lancet, 347,* 406-410.

Szasz, T. (1967). *The myth of mental illness.* Dell: New York.

Taylor, S.E. (1993). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind.* Basic Books: New York.

Thomas, D.B. și colab. (2002). Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: Final results. *Journal of National Cancer Institute, 19,* 1445-1457.

Toulmin, S. (1953). *The philosophy of science.* Hutchinson: London.

Tversky, A. și Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology, 5,* 207-232.

Udolf, R. (1981). *Handbook of hypnosis for professionals.* Van Nostrand: New York.

USDHHS (1999). *Mental health: A report of the surgeon general-executive summary.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human services, Substance Abuse and Mental Health Services Health, National Institute of Mental Health.

Wakefield, J.C. (1998). The DSM's theory-neutral nosology is scientifically progressive: Response to Follette and Houts (1996). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5,* 846-852.

Wakefield, J.C. (1999). Philosophy of science and the progressiveness of the DSM's theory–neutral nosology: Response to Follette and Houts, Part 1. *Behavior Research and Therapy, 37,* 963-999.

Wakefield, J.C. (1999a). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 3,* 374-399.

Wampold, B.E. și colab. (1997). A metaanalysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychological Bulletin, 3,* 203-215.

Watson, D. și Clark, L.A. (1997). The measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment, 86,* 267-296.

Watson, D. și Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96,* 465-490.

Watson, D. și Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin, 2,* 219-235.

Watson, M. şi colab. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population based cohort study. *Lancet, 354*, 1331-1336.

Westen, D. şi colab. (2002). Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: Implications for the next edition of the DSM. În L.E. Beutler şi M.L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM. A psychological perspective.* American Psychological Association: Washington.

Williams, R.B. şi colab. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA, 267*, 520-524.

Williams, R. B. şi Schneiderman, N. (2002). Resolved: Psychosocial interventions can improve clinical outcomes in organic disease (Pro). *Psychosom. Med., 64*, 552-557.

Willinsky, J. (2001). Extending the prospects of evidence-based education. *InSight, 1*, 23-41

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations.* Basil Blackwell: Oxford.

Wood, J.M. şi colab. (2003). *What's wrong with the Rorschach? Science confronts the controversial inkblot test.* Wiley: New York.

Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders. A schema-focused approach.* Professional Resource Press: Sarasota.

ANEXE

ANEXA 1. LISTA TRATAMENTELOR PSIHOTERAPEUTICE VALIDATE ŞTIINŢIFIC ŞI INSTRUCŢIUNI DE UTILIZARE A LOR

Copyright-ul pentru aceste informaţii (valide pe baza datelor disponibile până în 2001) aparţine Asociaţiei Psihologilor Americani –APA - (http://www.apa.org). Informaţiile APA au fost îmbogăţite cu clarificări şi explicaţii ale autorului. Mulţumesc doamnei psiholog Bianca Macavei pentru ajutorul dat la pregătirea acestei anexe.

Terapiile indicate pentru fiecare tulburare prezentată mai jos au fost evaluate, din punctul de vedere al eficienţei lor, conform unor standarde ştiinţifice riguroase. Pacienţii incluşi în aceste studii, care au fost trataţi cu tehnicile menţionate în această anexă (1) au avut rezultate mai bune decât pacienţii care nu au primit nici un fel de terapie, sau (2) au avut rezultate cel puţin la fel de bune ca pacienţii trataţi cu o altă formă de terapie care s-a dovedit deja eficientă. Terapiile luate în discuţie şi-au dovedit eficienţa în mai multe studii (cel puţin două pentru a fi numite – terapii validate ştiinţific - şi cel puţin unul pentru a fi numite – terapii probabil eficiente-), realizate de mai multe echipe de cercetători din centre de cercetare diferite. În plus, aceste intervenţii terapeutice sunt descrise detaliat în manuale de tratament, care pot fi folosite de alţi terapeuţi într-un mod similar, pentru pacienţi prezentând acelaşi tip de probleme.

Majoritatea terapiilor luate în discuţie, au fost evaluate folosind un anumit tip de studiu ştiinţific - studiile clinice

controlate (randomized clinical trial; RCT). Acestea sunt folosite în mod curent în majoritatea investigațiilor pentru a determina care terapii sunt eficiente pentru o anumită tulburare. Într-un studiu clinic controlat, pacienții afectați de o anumită tulburare (ex., depresie majoră) sunt distribuiți randomizat într-una dintre grupele aferente terapiilor aflate sub investigație (ex. terapie interpersonală, terapie cognitivă, sau medicație antidepresivă) și în grupul de control (ex. nu primesc tratament, primesc un tratament deja validat sau primesc un tratament placebo). Modul de oferire a diferitelor terapii este controlat în cel mai înalt grad posibil (de exemplu, tratamentele sunt de aceeași durată, sunt oferite de terapeuți cu aceeași experiență, etc.), pentru a se asigura că singura diferență dintre grupele experimentale constă în tipul tratamentului oferit. Unele terapii au fost evaluate în serii de studii cu un singur subiect, atent controlate.

Evaluarea eficienței acestor forme de terapie s-a făcut după criterii științifice strict determinate care au luat în considerare indicatori obiectivi; nu au fost luate în considerare părerile pacienților, opiniile terapeuților, informațiile din studii necontrolate sau din alte surse care nu au fost supuse unui control riguros. Datele obținute în studiile atent controlate oferă cele mai valide informații despre eficiența psihoterapiei.

Unele dintre formele foarte cunoscute de psihoterapie vor lipsi din prezentarea de mai jos. De regulă, acest lucru se datorează faptului că acestea nu au fost investigate în studii clinice controlate, după metoda menționată anterior și mai puțin faptului că ele s-ar fi dovedit ineficiente sau dăunătoare. Investigarea după metode științifice a eficienței psihoterapiilor constituie un demers relativ nou, astfel încât multe forme de terapie care nu au fost încă investigate s-ar putea dovedi eficiente în viitor. În aceste condiții, este recomandat ca pacienții să solicite să li se ofere, în primul rând, acele tratamente care și-au dovedit deja utilitatea în cadrul unor studii controlate. Oricum, nici măcar

aceste forme de intervenție nu sunt eficiente pentru absolut toți pacienții. Așadar, dacă unul dintre tratamente se dovedește ineficient, este logic să se încerce folosirea unei alte abordări terapeutice, chiar dacă aceasta nu a fost încă evaluată într-un studiu controlat. Așadar secvența care trebuie urmată de către un profesionist care promovează știința în psihopatologie în alegerea tratamentului pentru un pacient anume este:

- Tratamente validate științific atât sub aspectul eficienței cât și sub aspectul validității teoriei; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- Tratamente validate științific sub aspectul eficienței; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- Tratamente considerate eficiente prin consensul specialiștilor; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- Tratamente care deși nu au fost investigate științific derivă dintr-o teorie testată și validată; ele trebuie să aibă acordul grupului profesional de apartenență, să fie potențial utile și nepericuloase. Dacă acestea nu există, atunci se utilizează intervenții derivate adhoc din pregătirea profesională (teoretică și practică) și pe care acordul celorlalți colegi le justifică în cazul dat ca fiind potențial utile și nepericuloase.

Faptul că un tratament s-a dovedit eficient pentru pacienții cuprinși într-un studiu, nu garantează că acesta va fi la fel de eficient pentru oricare dintre persoanele care se prezintă la psihoterapie. Pentru a stabili dacă acest lucru este sau nu valabil în cazul unei anumite persoane, este recomandat ca terapeutul în colaborare cu pacientul: (1) să își stabilească obiective terapeutice clare; (2) să stabilească dinainte cum vor evalua progresele făcute în atingerea scopurilor; (3) să monitorizeze atent progresele înregistrate și (4) să facă modificări în planul de tratament când constată că nu se înregistrează progresele scontate.

Din aspectele prezentate anterior, decurg o suită de întrebări la care ar trebui să răspundă orice terapeut înainte de a face o intervenție psihoterapeutică (sau un pacient înainte de a intra într-un proces de terapie):

- Ce diagnostic descrie cel mai bine problemele care sunt?
- Ce tratamente eficiente, investigate științific, există pentru aceste probleme?
- Au fost aceste tratamente supuse unor studii clinice controlate și dacă da, cu ce rezultate?
- Care sunt avantajele și dezavantajele terapiei luate în considerare?
- Ce tratament este recomandat în cazul de față și de ce?
- Care vor fi costurile acestui tratament?
- Cât va dura acest tratament?
- Există riscuri presupuse de folosirea respectivei terapii?
- Cum va fi evaluată eficiența respectivei metode terapeutice în cazul său particular?

Tratamentele validate empiric pentru diferite tulburări psihice. Prezentarea de mai jos va acoperi, în cele mai multe situații, următoarele aspecte:

1. Descrierea categoriilor de tulburări
   - cuprinde descrierea pe scurt a caracteristicilor principale ale fiecărei categorii de tulburări luate în discuție.
2. Prezentarea succintă a fiecărei tulburări
   - cuprinde descrierea pe scurt a caracteristicilor principale ale fiecărei tulburări luate în discuție.
3. Pachetul de terapii validate pentru fiecare tulburare
   - cuprinde lista tratamentelor psihoterapeutice susținute de date obținute în cadrul unor studii clinice controlate, pentru fiecare tulburare în parte, precum și trimiteri la articolele și rapoartele în care se prezintă aceste rezultate.

Obs. Tehnicile prezentate nu epuizează formele de terapie care ar putea fi eficiente în tratarea respectivei tulburări. Vor fi însă prezentate doar acele tratamente care s-au dovedit eficiente, în urma unor studii clinice controlate.

4. Scurtă descriere a acestor terapii
   - cuprinde o descriere succintă a fiecărei terapii, oferită de cercetătorii care au studiat sau au elaborat respectiva terapie; uneori se prezintă și bibliografia relevantă.

Menționăm că deși toate terapiile descrise aici au fost investigate sub aspectul eficienței lor, nu toate au fost investigate și sub aspectul teoriei pe baza căreia s-au elaborat pachetele de intervenție!

I. Tulburările de anxietate și stresul

Anxietatea este un termen care semnifică modificări specifice la patru nivele. Astfel, persoanele cu anxietate experiențiază sentimente de teamă, catastrofă iminentă, neputință, groază (nivelul subiectiv). Totodată, aceste simptome pot fi însoțite de gândul că ar putea muri sau avea un atac de cord, de convingerea că se va întâmpla ceva îngrozitor, sau de temerea că ar putea fi umiliți sau puși în situații jenante (nivelul cognitiv). În plus, în stările de anxietate apar frecvent simptome ca: tensiune musculară, palpitații, tremurături, transpirație, ameteli și dificultăți de respirație (nivelul fiziologic). Mai mult, unele persoane cu tulburări de anxietate obișnuiesc să execute unele ritualuri (ex. verificarea ușilor sau spălarea repetată pe mâini) sau să evite anumite situații (ex. poduri, căi ferate, avioane și/sau situații sociale) pentru a face față acestor tulburări (nivelul comportamental).

1. Agorafobia și tulburarea de atac de panică

Atacurile de panică se caracterizează prin declanșarea bruscă a unor episoade de teamă intensă, însoțită de mai multe simptome fiziologice ca: palpitații, tahicardie, tremurături, transpirații, senzație de sufocare, dureri de piept, greață și dureri abdominale, senzație de ameteală și leșin, dificultăți respiratorii, frisoane sau puseuri de căldură. În cursul unui atac de panică, pot apare frecvent teama de moarte și/sau pierderea controlului. De regulă, în primele etape ale instalării tulburării atacurile de panică se declanșează spontan. Ulterior, acestea pot fi însoțite de evitarea agorafobică. Persoanele cu atac de panică se tem uneori să meargă în locuri unde le-ar fi greu sau rușinos să obțină ajutor sau de unde ar fi dificil să se reîntoarcă acasă, în cazul în care ar avea un atac de panică. Evitarea datorată fricii față de posibile atacuri de panică se numește agorafobie. Situațiile frecvent evitate includ: magazinele aglomerate, statul la rând, condusul mașinii, folosirea liftului, restaurantele, bisericile sau depărtarea de casă.

Terapiile dovedite clar a fi eficiente în tratarea agorafobiei includ: (1) terapia cognitiv-comportamentală și (2) terapia comportamentală prin tehnica expunerii. De asemenea, există unele date care arată că training-ul de comunicare în cuplu poate crește eficiența expunerii în tratamentul agorafobiei. Terapia cea mai eficientă în tratarea atacului de panică s-a dovedit a fi terapia cognitiv-comportamentală. Există și date care sugerează că relaxarea aplicată ar putea fi utilă în tratamentul atacului de panică.

Tratamentul Albany pentru controlul panicii în tulburarea de atac de panică și agorafobie (Turovsky, J. și Barlow, D.H., The Clinical Psychologist, 48, 5-6, 1995) se întemeiază pe perspectivă cognitiv-comportamentală și folosește metode de educare a pacientului referitor la specificul afecțiunii sale, tehnici de restructurare cognitivă pentru corectarea credințelor

disfuncționale, tehnici de respirație pentru a controla hiperventilația în cazul atacului de panică, expunerea interoceptivă pentru eliminarea reacțiilor condiționale legate de senzațiile asemănătoare panicii, expunerea in vivo la situațiile anxiogene pentru a slăbi asocierile existente între panică și comportamentele evitative. De asemenea, în cazul agorafobiei, tehnica expunerii se utilizează când este posibil, în cuplu, datorită rezultatelor superioare obținute astfel.

Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Barlow și colab., Behavior Therapy, 20: 261-282, 1989;
- Craske și colab., Behavior Therapy, 22: 289-304, 1991;
- Klosko și colab., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58: 77-84, 1990.

2. Tulburarea de anxietate generalizată

După cum sugerează și denumirea sa, tulburarea de anxietate generalizată se caracterizează prin prezența anxietății cronice însoțite de mai multe manifestări fizice ale arousal-ului fiziologic ca: tremurături, neliniște și tensionare, oboseală, dificultăți de concentrare, iritabilitate, tensiune musculară, tulburări de somn. În plus, persoana se îngrijorează excesiv de lucrurile negative care i s-ar putea întâmpla și întâmpină dificultăți în a-și controla aceste griji.

Terapia cea mai eficientă în tratarea anxietății generalizate s-a dovedit a fi terapia cognitiv-comportamentală. De asemenea, există unele date care arată că relaxarea aplicată ar putea fi utilă în tratamentul anxietății generalizate.

3. Tulburarea obsesiv-compulsivă

Obsesiile reprezintă gânduri repetitive intruzive. Aceste gânduri se pot referi la: rănirea cuiva drag fără intenția de a-l răni, contaminarea cu germeni sau murdărie și teama de a nu face o greșeală groaznică. Compulsiile sunt impulsuri extrem de puternice de a repeta la nesfârșit un anumit comportament

sau acțiune, și sunt legate deseori de prezența unei obsesii. Exemple de compulsii reprezintă: spălarea repetată a mâinilor, verificarea sobelor sau a ușilor și păstrarea diferitelor lucruri deși acestea nu au nici o valoare sentimentală sau monetară. Persoanele cu tulburare obsesiv-compulsivă prezintă fie obsesii, fie compulsii, fie ambele.

Expunerea și prevenția răspunsului constituie o combinație de tehnici comportamentale dovedită ca fiind eficientă în tratamentul tulburărilor obsesiv-compulsive. De asemenea, există unele dovezi care arată că terapia cognitivă ar putea fi un tratament util în tulburările obsesiv-compulsive. În plus, o suită de date sugerează că utilizarea unui program specific de prevenire a recăderilor ar putea reduce probabilitatea reapariției problemelor după încheierea tratamentului.

4. Tulburarea de stres posttraumatic

Persoanele care s-au confruntat cu o situație traumatică, fie din postură de victimă, fie din postură de martor, au uneori dificultăți în a-și reveni după traumă. Aceștia retrăiesc uneori evenimentul sub formă de coșmaruri sau "flashback-uri", se simt anxioși sau deprimați, se simt incapabili să reacționeze emoțional sau sunt nemulțumiți de viața lor. Dacă aceste simptome se mențin dincolo de o anumită perioadă considerată normală pentru readaptarea de după traumă, persoana ar putea suferi de tulburare de stres postraumatic (posttraumatic stress disorder – PTSD).

Există unele dovezi care arată că terapia comportamentală prin expunere este eficientă în tratamentul stresului posttraumatic dezvoltat în urma evenimentelor extreme apărute în viața cotidiană sau pe câmpul de luptă. Există, de asemenea, unele date care sugerează că reprocesarea și desensibilizarea prin mișcări oculare reprezintă o metodă utilă (fără ca teoria acestein să fie validată științific!) în tratamentul stresului posttraumatic dezvoltat în urma evenimentelor extreme apărute în viața cotidiană (cum ar fi violul).

Terapia comportamentală prin expunere reprezintă o categorie de tehnici care include: desensibilizarea progresivă (in vivo sau în imaginar), flooding-ul (in vivo sau în imaginar), terapia implozivă, desensibilizarea prin auto-control, modelarea participativă și alte tehnici asemănătoare. Scopul utilizării acestor tehnici pentru tratamentul stresului posttraumatic este de a accesa emoțiile asociate evenimentului traumatic și de a susține procesarea emoțională, văzută de unii ca fiind elementul cheie în tratarea acestei tulburări. De regulă, toate formele de terapie prin expunere (in vivo sau în imaginar) folosite în tratamentul PTSD presupun confruntarea, într-o anumită măsură, cu stimuli asociați evenimentului traumatic, procedură care poate să fie acompaniată sau nu de încercarea de a menține o stare de relaxare. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- studii efectuate pe veterani de război:

• Boudewyns, P.A. și Hyer, L., Behavior Therapy, 21, 63-87, 1990;

• Cooper, N.A. și Clum, G.A., Behavior Therapy, 20, 81-391, 1989;

• Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M. și Zimmering, R.T., Behavior Therapy, 20, 245-260, 1989.

- studii efectuate pe femei care au trecut prin experiența violului:

• Foa, H.B., Rothman, B.O., Riggs, D.S. și Murdoch, R.B., Journal of Counseling and Clinical Psychology, 59, 715-723, 1991.

- alte studii

• Keane, T.M. și Kaloupek, D.G., The Clinical Psychologist, 49, 7-8, 1996.

Uneori, abordările clinice ale PTSD suplimentează terapia prin expunere cu diferite proceduri cognitive care vizează sentimentele de vinovăție, distorsiunile cognitive, credințele irațională sau valorile disfuncționale ale pacientului. Acești

adjuvanți cognitivi au atât susținere teoretică, cât și valoare intuitivă, însă sarcina de a le dovedi eficiența empirică rămâne un obiectiv principal al studiilor viitoare.

5. *Fobiile specifice*

Fobiile specifice se referă la experiențierea unei frici intense și iraționale la contactul cu un anumit lucru sau situație, cum ar fi: înălțimile, furtunile, conducerea mașinii, vederea sângelui, diferite animale sau insecte, sau spațiile închise. Deși multe persoane se confruntă cu astfel de temeri, nu le vom numi fobii decât dacă acestea interferează puternic cu viața individului, producând distres și/sau disabilitate.

Cel mai eficient tratament pentru fobiile specifice s-a dovedit a fi *terapia comportamentală folosind expunerea sau* dobândirea competenței. În plus, există unele date care arată că și desensibilizarea sistematică, o formă asemănătoare de tratament, ar fi eficientă în rezolvarea fobiilor specifice.

Tratamentul de dobândire a competenței este o abordare terapeutică bazată pe performanță, derivată din teoria social-cognitivă. Din punctul de vedere al acestei teorii, disabilitatea și distresul apărute în fobii se datorează faptului că indivizii și-au pierdut sentimentul de auto-eficacitate sau încrederea că pot să facă față cu bine situației sau obiectului fobic. Așadar, această formă de terapie pune accentul pe interacțiunea dintre terapeut și pacient, în care primul apelează la diverse tehnici pentru a-și ajuta pacientul să se implice și să rezolve cu succes diferite sarcini, dobândind sentimentul eficienței și competenței. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Bandura, A., Blanchard, E. B. și Ritter, B., Journal of Personality and Social Psychology, 13, 173-199, 1969;
- Bandura, A., Jeffrey, R.W. și Wright, C.L., Journal of Abnormal Psychology, 83, 56-64, 1974;
- Ost, L., Salkovskis, P.M. și Hellstrom, K., Behavior Therapy, 22, 407-422, 1991;
- Williams, S.L., Dooseman, G. și Kleifield, E., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 505-518, 1984;

- Williams, S.L. și Zane, G., Behavior Research and Therapy, 27, 237-245, 1989.

6. *Fobiile sociale și anxietatea de a vorbi în public*

Persoanele afectate de fobie socială, sunt extrem de anxioase în situații care implică interacțiunea cu alte persoane. Pentru unii, această teamă este limitată la vorbitul în public sau alte situații specifice. Pentru alții, orice situație în care ar putea interacționa cu alte persoane constituie un motiv de teamă extremă. Persoanele cu fobie socială depun un efort substanțial pentru a evita situațiile sociale.

Există dovezi care arată că în prezent există mai multe tratamente eficiente pentru fobia socială, printre care terapia comportamentală prin expunere și desensibilizarea progresivă și terapia cognitiv-comportamentală de grup.

Terapia prin expunere în tratamentul fobiei sociale pleacă de la asumpția că anxietatea legată de expunerea la situații sociale va descrește o dată cu întâlnirea sistematică și repetată cu stimulii amenințători. Acești stimuli variază de la o scurtă discuție cu o persoană necunoscută, până la o discuție formală în public. În cazul fobiei sociale, terapia prin expunere este îngreunată de două aspecte: (1) variabilitatea situațiilor fobice și (2) inpredictibilitatea și incontrolabilitatea situațiilor sociale, care îngreunează expunerea in-vivo.

Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Alstrom, J.E., Norlund, C.L., Persson, G., Harding, M. și Ljungqvist, C., Acta Psychiatrica Scandinavica, 70, 97-110, 1984;
- Emmelkamp, P.M.G., Mersch, P.P.A., Vissia, E. și van den Helm, M., Behaviour Research and Therapy, 23, 365-369, 1985;
- Feske, U. și Chambless, D.L., Behavior Therapy, 26, 695-720, 1995;

• Hope, D.A., The Clinical Psychologist, 49, 8-10, 1996;

• Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G. şi Munchau, N., Behaviour Research and Therapy, 28, 181-193, 1990.

Terapia cognitiv-comportamentală de grup implică pe de o parte identificarea gândurilor negative, disputarea acestora şi înlocuirea lor cu răspunsuri raţionale alternative, şi pe de altă parte stabilirea de scopuri comportamentale concrete pentru client, în situaţia de expunere.

Dintre studiile empirice asupra eficienţei acestui tratament enumerăm:

• Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L. şi Becker, R.B., Cognitive Therapy and Research, 14, 1-23, 1990;

• Heimberg, R.G., Juster, H.R., Brown, E.J., Holle, C.H., Makri, G.S., Leung, A.W., Schneider, F.R., Gitow, A. şi Liebowitz, M.R., Cognititve-behavioral versus pharmacological treatment of social-phobia: Posttreatment and follow-up effects. Poster prezentat la Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California, noiembrie 1994;

• Juster, H.R. şi Heimberg, R.G., The Clinical Psychologist, 47, 18-20, 1994.

7. Evenimentele stresante

Uneori, persoanele întâmpină dificultăţi atunci când se confruntă cu stresori ca iminenţa unei proceduri medicale invazive sau a unui examen important. De regulă, aceştia devin tensionaţi cu mai multe zile înaintea respectivului eveniment, iar unii au probleme de somn. Oricine simte o oarecare tensiune în astfel de situaţii, însă unii sunt afectaţi în aşa măsură încât nu îşi mai pot continua viaţa în mod normal.

Trainingul pentru inocularea stresului (stress innoculation training – SIT) s-a dovedit a fi cel mai eficient tratament pentru expunerea la diferiţi stresori.

SIT este utilizat ca şi tratament menit să ajute indivizii să facă faţă cu bine efectelor expunerii la stresori, precum şi ca metodă preventivă pentru a "inocula" persoanele în aşteptarea evenimentelor stresante. Acest tratament cuprinde trei faze superpozabile: (1) faza de conceptualizare, (2) faza de formare şi exersare de deprinderi şi (3) faza de implementare şi urmărire. Pe parcursul primei faze, scopurile principale vizate sunt educarea pacientului despre impactul cogniţiei asupra nivelului stresului, formarea abilităţii de a percepe diferenţiat stresorii şi de a segmenta stresorii complecşi în ţinte pentru coping-ul pe termen scurt, mediu şi lung, precum şi conceptualizarea problemei. În faza a doua, se învaţă şi se exersează deprinderi coping, iniţial în cadrul clinic, apoi în mediul ecologic. Faza a treia oferă pacienţilor posibilitatea de a aplica deprinderile învăţate în cazul unor stresori diferiţi. Dintre tehnicile utilizate amintim tehnicile imagistice, jocul de rol, modelarea, expunerea gradată in vivo, repetiţia comportamentală. Dintre studiile empirice asupra eficienţei acestui tratament enumerăm:

- pentru tratamentul stresorilor acuţi (ex. pregătirea pentru proceduri medicale, intervenţii chirurgicale, performanţe sportive etc.):

• Altmaier, E.M., Ross, S.L., Leary, M.R. şi Thonbrough, M.T., Journal of Counseling Psychology, 29, 331-334, 1982;

• Jaremko, M., Journal of Clinical Psychology, 36, 735-738, 1980;

• Jay, S.M. şi Elliot, C.H., Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 58, 799-804, 1990;

• Kendall, P., Williams, P.C., Pechacbek, F.F., Graham, L.E., Shisslak, C. şi Herzoff, N., Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 47, 49-58, 1979;

• Ross, M.J. și Berger, R.S., Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 64, 406-410, 1996;

• Wells, J.K., Howard, O.S., Nowlin, W.F. și Vargas, M.J., Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 54, 831-835, 1986.

- pentru tratamentul stresorilor intermitenți (ex. acțiuni militare, diferite probleme medicale recurente etc.)

• Halroyd, K., Andrasik, F. și Westbrook, T., Cognitive Therapy and Research, 1, 121-133, 1977.

- pentru tratamentul stresorilor cronici (ex. probleme medicale cronice, boli psihiatrice etc.)

• Forman, S., Journal of School Psychology, 20, 180-187, 1982;

• Holcomb, W.R., Journal of Clinical Psychology, 42, 864-872, 1986;

• Moore, K. și Altmaier, E., Cancer Nursing, 10, 389-393, 1981;

• Wemick, R.L., Jaremko, M.E. și Taylor, P.W., Journal of Behavioral Medicine, 4, 103-109, 1981.

II. Tulburarea de personalitate de tip borderline

Tulburarea de personalitate de tip borderline se referă la un pattern de durată cuprinzând o imagine de sine, dispoziții afective și relații instabile, precum și comportamente impulsive, pattern care debutează de regulă în prima parte a vieții adulte. Persoanele afectate de această tulburare nu pot suporta singurătatea, viața lor caracterizându-se printr-un șir lung de relații instabile și intense. În plus, acești indivizi apelează frecvent la comportamente de risc ca alimentarea compulsivă, sexul neprotejat, consumul de alcool și droguri, condusul cu viteză etc. De multe ori, se înregistrează tentative de suicid sau automutilare. La nivel afectiv, trăirile curente sunt cele de gol

sufletesc și furie intensă, aceste persoane fiind și foarte labile emoțional.

Există unele date care indică faptul că terapia comportamentală dialectică este eficientă în tratamentul tulburării de personalitatea de tip borderline.

III. Tulburările depresive

Depresia clinică nu se confundă cu stările de tristețe care survin uneori în viața fiecăruia dintre noi. Persoanele afectate de depresie clinică se simt triste și fără speranță săptămâni de-a rândul. De cele mai multe ori, acestea își pierd interesul în lucrurile care înainte le făceau plăcere și au probleme cu somnul și alimentația. Totodată, le vine greu să depună efortul de a găsi soluții la problemele pe care le au, iar uneori nu se pot concentra suficient nici măcar pentru a privi la televizor sau a citi. De regulă, persoanele deprimate petrec multe ore gândindu-se la sinucidere, moarte sau la faptul că le-ar fi mai bine dacă nu ar mai exista. Aceste simptome sunt asemănătoare cu cele întâlnite la persoanele care trec prin situații de doliu, însă în cazul depresiei clinice fie lipsesc evenimentele de pierdere, fie manifestările durează cu mult mai mult decât ar fi normal în astfel de situații.

În prezent, există mai multe tipuri de terapii eficiente în tratarea depresiei clinice, printre care: terapia comportamentală, terapia cognitivă și terapia interpersonală. De asemenea, există unele dovezi care arată că terapia dinamică de scurtă durată, terapia prin autocontrol și terapiile care merg pe rezolvarea de probleme în cadru social ar putea aduce beneficii în cazul depresiei majore. În plus, o mulțime de date culese din studii efectuate pe persoane în vârstă sugerează că utilizarea terapiei cognitive și a terapiei reminiscenței (a amintirilor) ar putea fi utile în tratarea depresiei la persoanele de vârsta a treia.

Terapia comportamentală pleacă de la un model clasic al depresiei unipolare (Lewinsohn și colab., 1979), care se bazează

pe asumpţia că depresia poate apărea din cauza unui stresor care perturbă patternul comportamental al individului, ducând la o rată scăzută a întăririlor pozitive. În condiţiile în care persoana nu reuşeşte să echilibreze balanţa recompenselor, aceasta va începe să experienţieze simptomele specifice depresiei clinice. Ca urmare, obiectivul terapiei comportamentale care decurge dintr-o astfel de teorie este de a asista pacientul în încercarea de a creşte frecvenţa şi calitatea activităţilor plăcute; în acest scop, se folosesc tehnici de formare a abilităţilor sociale, tehnici de relaxare şi diferite metode care ţintesc modificarea stilului de gândire depresiv. Dintre studiile empirice asupra eficienţei acestui tratament enumerăm:

- în cazul adulţilor:

• Brown, R.A. şi Lewinson, P.M., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 774-783, 1984;

• Hoberman, H.M., Lewinsohn, P.M. şi Tilson, M., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 393-398, 1988;

• Steinmetz, J.L., Lewinsohn, P.M. şi Antonuccio, D.O., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 331-337, 1983;

• Teri, L. şi Lewinsohn, P.M., Behavior Therapy, 17, 215-228, 1986.

- în cazul adolescenţilor

• Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H. şi Andrews, J., Behavior Therapy, 21, 385-401, 1990.

- pentru persoane în vârstă

• Teri, L., Logsdon, R.G., Uomoto, J. şi McCurry, S.M., Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 52b, 159-166, 1997.

Terapia cognitivă în depresie se fundamentează pe teoria cognitivă a depresiei (Beck, 1967). Aceasta este o abordare terapeutică activă, structurată, focalizată pe problemă şi de scurtă durată, care porneşte de la asumpţia că depresia este menţinută

de procesări informaţionale negative şi de distorsiuni cognitive. Tratamentul vizează învăţarea pacienţilor să gândească adaptativ, ameliorându-şi astfel trăirile afective, comportamentele şi motivaţia.

Numeroase studii arată că terapia cognitivă în depresie are efecte superioare tratamentului medicamentos, terapiei comportamentale, listei de aşteptare, precum şi altor forme de terapie. Mai mult, terapia cognitivă s-a dovedit cel puţin la fel de eficientă ca medicaţia antidepresivă, indiferent de severitatea tulburării, şi mult mai eficientă decât aceasta în prevenirea recăderilor. Dintre studiile empirice asupra eficienţei acestui tratament enumerăm:

• Blackburn, I.M., Eunson, K.M. şi Bishop, S., Journal of Affective Disorders, 10, 67-75, 1986;

• Dobson, K.S., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 3, 414-419, 1989;

• Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. şi Parloff, M.B., Archives of General Psychiatry, 46, 971-982, 1989;

• Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T. şi Hollon, S.D., Archives of General Psychiatry, 38, 33-39, 1981;

• Murphy, G.E., Simons, A.D., Wetzel, R.D. şi Lustman, P.L., Archives of General Psychiatry, 41, 33-41, 1984;

• Simons, A.D., Murphy, G.E., Levine, J.L. şi Wetzel, R.D., Archives of General Psychiatry, 43, 43-48, 1986.

Terapia interpersonală este utilă în cazul pacienţilor depresivi, nonpsihotici, fără tulburare afectivă bipolară, trataţi ambulatoriu. Iniţial, aceasta fusese folosită ca terapie de scurtă durată, ulterior fiind utilizată şi ca terapie de menţinere pentru pacienţii cu depresie recurentă. Se poate folosi atât individual, cât şi în asociere cu medicaţia antidepresivă. În cadrul acestei terapii, se face apel la strategii orientate spre: evaluarea

simptomatologiei depresive, focalizarea pe probleme țintă, ameliorarea relațiilor interpersonale, prevenirea recăderilor. Este o formă de tratament care și-a dovedit eficiența atât în tratarea episoadelor depresive acute, cât și în prevenirea sau amânarea instalării unor episoade ulterioare. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Cornes, C.L. și Frank, E., The Clinical Psychologist, 47, 9-10, 1994;
- Frank, E., Psychotherapy, 28: 259-266, 1991.

IV. Problemele legate de sănătate

Dintre problemele de sănătate, cele luate în discuție sunt:

- Cefalea
- Sindromul intestinului iritabil
- Durerea
- Maladia Raynaud
- Fumatul

Cefalea

Peste 90% din oameni spun că cel puțin o dată pe an îi doare capul. Când aceste dureri sunt frecvente și severe, cum este cazul migrenelor de tipul tensiunii cronice, acestea pot afecta profund viața persoanei respective. În cazul unui număr mic de persoane, aceste dureri ajung să ducă la disabilitate severă.

Un tratament eficient în cazul cefaleei este terapia comportamentală. Există, de asemenea, unele dovezi care arată că și biofeedback-ul caloric însoțit de antrenamentul autogen duc la rezultate pozitive în cazul acestor afecțiuni.

Sindromul intestinului iritabil

Sindromul intestinului iritabil este o tulburare funcțională, constând în prezența relativ continuă a durerii abdominale sau a crampelor. De asemenea, pot apare tulburări de tranzit intestinal ca diareea, constipațiile, sau o combinație a celor două. În astfel de cazuri, este necesară examinarea din partea unui medic

gastroenterolog, pentru a elimina posibilitatea prezenței altor tulburări cu simptomatologie asemănătoare.

În cazul sindromului intestinului iritabil, un tratament eficient este terapia comportamentală multi-componențială (Programul Albany pentru sindomul intestinului iritabil).

În cadrul programului Albany pentru sindomul intestinului iritabil, protocolul de tratament cuprinde: monitorizarea simptomatologiei gastrointestinale, educaren pacientului cu privire la funcționarea aparatului digestiv, contracararea asumării rolului de bolnav. În plus, se utilizează relaxarea progresivă musculară și biofeedback-ul caloric pentru a crește sentimentul de control al pacientului asupra funcțiilor biologice, precum și restructurări cognitive orientate spre corectarea distorsiunilor din gândire, cu impact asupra stării de anxietate. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Blanchard, E.B., Greene, B., Scharff, L. și Schwarz-McMorris, S.P., Biofeedback and Self-Regulation, 18, 125-132, 1993;
- Greene, B. și Blanchard, E.B., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 576-582, 1994;
- Payne, A. și Blanchard, E.B., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 779-786, 1995.

Durerea

Durerea discutată aici este cauzată de unele afecțiuni somatice cronice cum sunt bolile reumatice sau unele forme de anemii hemolitice cu transmitere ereditară. În cazul unor astfel de afecțiuni, experiențierea frecventă a durerii poate diminua calitatea vieții persoanelor afectate. Durerea poate accentua anxietatea, depresia și sentimentele de neajutorare. De asemenea, anxietatea și depresia pot determina apariția sau intensificarea durerii.

Terapia cognitiv-comportamentală multi-componențială s-a dovedit a fi un tratament eficient pentru durerea apărută în cazul

bolilor reumatice; de asemenea, unele date sugerează că această formă de tratament ar duce la rezultate pozitive şi în cazul anumitor forme de anemii hemolitice cu transmitere ereditară. Există şi date care arată că durerea cronică ar putea beneficia şi de terapia comportamentală multi-componenţială, biofeedback-ul EMG, terapia cognitiv-comportamentală asociate cu fizioterapie. De asemenea, terapia cognitiv-comportamentală ar putea fi eficientă în cazul durerii lombare cronice.

Terapia cognitiv-comportamentală în controlul durerii pleacă de la un model cognitiv-comportamental propus de Turk şi colab., (Turk şi colab., Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective, New York: Guilford Press, 1983). Conform acestui model, durerea constituie o experienţă complexă, implicând aspecte de ordin fiziologic, cognitiv, afectiv şi comportamental. Tratamentul propus are trei componente de bază: (1) educarea pacientului şi conceptualizarea durerii; (2) formarea de abilităţi coping şi (3) implementarea şi menţinerea abilităţilor coping dobândite. Dintre studiile empirice asupra eficienţei acestui tratament în cazul durerii cronice enumerăm:

- Bradley, L.A., Young, L.D., Anderson, J.O., Turner, R.A., Agudelo, C.A., McDaniel, L.K., Pisko, E.J., Semble, E.J. şi Morgan, T.M., Arthritis & Rheumatism, 30, 1105-1114, 1987;
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Williams, D.A., Gil, K.M., Mitchell, D., Robertson, D., Robertson, C., Martinez, S., Nunley, J., Beckham, J.C. şi Helms, M., Behavior Therapy, 21, 49-62, 1990;
- Syrjala, K.L, Donaldson, G.W., Davies, M.W., Kippes, M.E. şi Carr, J.E., Pain, 63, 189-198, 1995;
- Turner, J.A. şi Clancy, S., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 573-579, 1988.

Maladia Raynaud

Maladia Raynaud afectează vasele de sânge din degete, urechi şi nas şi se datorează îngustării capilarelor din aceste zone. La expunerea la căldură, se observă depigmentarea pielii, iar uneori pacienţii acuză şi senzaţii de furnicături sau amorţeală în zonele afectate. Dacă aceste manifestări continuă, ele pot deveni dureroase sau pot cauza ulceraţii la nivelul pielii.

Datele existente indică biofeedback-ul caloric ca formă de tratament eficientă în cazul maladiei Raynaud.

Fumatul

Datorită efectelor negative pe care fumatul le are asupra sănătăţii persoanelor care îl practică, multe dintre acestea încearcă să renunţe, însă dependenţa de nicotină este dificil de depăşit. Majoritatea persoanelor care încearcă să se lase de fumat, îşi reiau acest obicei încă din primul an. Datele existente arată că reducerea treptată a fumatului în combinaţie cu terapia comportamentală multi-componenţială constituie un tratament eficient pentru persoanele care doresc să renunţe la fumat.

V. Tulburările alimentare

Tulburările alimentare presupun adoptarea unor comportamente alimentare sau metode de dietă deviante. Printre acestea se numără înfometarea intenţionată sau ingestia unor cantităţi exagerate de alimente (alimentarea compulsivă). Persoanele afectate de aceste tulburări se gândesc excesiv la mâncare, greutate, aspect corporal, sau alimente; ele pot fi atât normoponderale, cât şi supraponderale sau subponderale. Întrucât tulburările alimentare pot duce la probleme medicale severe, este indicat ca pacienţii afectaţi de aceste tulburări să consulte un medic sau un specialist în sănătate mentală specializat pe astfel de probleme.

Tulburările alimentare abordate în continuare sunt:

- Tulburarea de alimentare compulsivă

- Bulimia nervoasă
- Obezitatea

Tulburarea de alimentare compulsivă (Binge eating disorder)

Mulţi oameni simt uneori că mănâncă mai mult decât ar trebui. În tulburarea de alimentare compulsivă, persoana afectată ingerează frecvent cantităţi excesive de alimente. Un astfel de episod compulsiv este dublat de sentimentul pierderii controlului asupra propriei alimentaţii; ulterior episodului, deseori persoana trăieşte sentimente de ruşine, dezgust, deprimare sau culpă.

Datele de până în prezent arată că tratamentele eficiente în cazul tulburării de alimentare compulsivă sunt terapia cognitiv-comportamentală şi terapia interpersonală.

Bulimia nervoasă

Bulimia nervoasă cuprinde episoade frecvente de alimentare compulsivă, dublate de efortul de a contracara efectul alimentării compulsive. Astfel de încercări includ: voma autoprovocată, înfometarea, exerciţiile fizice dure, utilizarea de medicamente (ex., laxative).

În prezent, există dovezi care arată că cel mai eficient tratament în bulimia nervoasă este terapia cognitiv-comportamentală. De asemenea, unele date sugerează că terapia interpersonală ar fi de asemenea eficientă în tratamentul acestei tulburări.

Terapia cognitiv-comportamentală în bulimia nervoasă pleacă de la un model care accentuează atât importanţa factorilor cognitivi, cât şi a celor comportamentali în menţinerea acestei tulburări. Tratamentul vizează, pe lângă eliminarea comportamentelor de alimentare compulsivă şi eliminare, revenirea la patternurile de alimentare normale, corectarea gândurilor şi emoţiilor disfuncţionale referitoare la semnificaţia personală a aspectului fizic, precum şi limitarea perfecţionismului şi a gândirii dihotomice (vezi Wilson, G.T., The Clinical Psychologist, 50, 10-12, 1997).

Terapia interpersonală este o formă scurtă de psihoterapie, non-interpretativă şi non-directivă, centrată pe contextul interpersonal, şi care are ca obiectiv principal ajutarea pacientului să îşi identifice şi să îşi modifice problemele interpersonale curente. Întrucât principiile sale de bază o fac incompatibilă cu terapia cognitiv-comportamentală propriu-zisă, unii autori (Fairburn, C.G., Overcoming binge eating, New York: Guilford Press, 1995) o folosesc în combinaţie cu programe de terapie autoadministrată ("self-help") bazate pe abordarea cognitiv-comportamentală. Dintre studiile empirice asupra eficienţei acestui tratament enumerăm:

- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Solomon, R.A., O'Connor, M.E., Burton, J. şi Hope, R.A., Archives of General Psychiatry,48, 463-469, 1991;
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A. şi O'Connor, M., Archives of General Psychiatry, 50, 419-428, 1993;
- Fairburn, C.G., Kirk, J., O'Connor, M. şi Cooper, P.J., Behaviour Research and Therapy, 24, 629-643, 1986.

Obezitatea

În mod curent, obezitatea se consideră a fi prezentă atunci când individul are cu 20% sau mai mult peste greutatea corporală recomandată pentru o anumită înălţime. În prezent, este general recunoscut faptul că obezitatea reprezintă un pericol pentru sănătatea individului. Datele statistice arată că tot mai multe persoane din SUA sunt afectate de această problemă.

Terapia comportamentală constituie tratamentul de elecţie în cazul obezităţii, atât la adulţi, cât şi la copii. Există şi unele date care sugerează că o combinaţie de terapie cognitiv-comportamentală şi hipnoză ar avea, de asemenea, efecte pozitive în tratarea obezităţii.

VI. Dependența de substanțe

Dependența de alcool și droguri constituie probleme majore pentru toate persoanele implicate. De multe ori, familii întregi sunt distruse și cariere promițătoare ruinate. Mulți dintre cei care au ajuns să fie dependenți de alcool sau droguri încearcă la un moment dat să renunțe, însă dependența de substanțe este dificil de depășit.

În continuare, vor fi abordate următoarele probleme:

- Abuzul și dependența de alcool
- Abuzul și dependența de cocaină
- Abuzul și dependența de heroină
- Abuzul și dependența de tranchilizante ușoare

Abuzul și dependența de alcool

Alcoolul este substanța cea mai utilizată în SUA, aproape 90% dintre adulți consumând-o la un moment dat. Alcoolul reduce activitatea sistemului nervos, cu impact negativ asupra capacității de a raționa, dispoziției afective, timpului de reacție, coordonării motrice și capacității de concentrare. Consumul moderat de alcool poate afecta capacitatea individului de a reacționa corespunzător în mediul social și profesional. Pe de altă parte, consumul excesiv de alcool poate duce la instalarea comei sau a unei stări de stupoare. Pe termen lung, consumul de alcool se poate solda cu boli hepatice și tulburări mnezice.

Există câteva abordări care și-au dovedit eficiența în tratamentul problemelor severe cauzate de consumul de alcool. Dintre acestea, tratamentul comportamental de expunere la amorse, antrenamentul pentru formarea de abilități sociale, Proiectul CALM și Programele Comunitare.

Abuzul și dependența de cocaină

Cocaina este o substanță care provine din planta de coca. Consumul acesteia produce sentimente intense de fericire și stare de bine, generând totodată și o puternică dependență. Abuzul de cocaină are efecte negative asupra capacității persoanei de

a-și efectua activitățile zilnice, precum și asupra relațiilor interpersonale. Încetarea bruscă a consumului acestei substanțe este însoțită de simptome de sevraj ca oboseala accentuată, coșmarurile, problemele de somn, agitația psihomotorie și apetitul crescut.

Pentru dependența de cocaină, cel mai eficient tratament s-a dovedit a fi terapia comportamentală. Totodată, prevenirea reluării consumului de cocaină după încheierea tratamentului poate fi eficient abordată prin intermediul unui program numit terapia cognitiv-comportamentală pentru prevenirea recăderilor.

Abuzul și dependența de heroină

Heroina aparține unei categorii de stupefiante numită opioide, dintre care mai fac parte morfina, codeina și metadona. Efectele consumului de heroină includ senzația de somn, vorbire îngreunată, probleme de atenție și memorie, micșorarea pupilelor și responsivitate scăzută la stimulii din mediu. Abuzul de heroină are efecte negative asupra capacității persoanei de a efectua corespunzător sarcinile cotidiene.

Datele existente până în prezent indică terapia dinamică de scurtă durată și terapia cognitivă ca și tratamente eficiente în cazul abuzului și dependenței de heroină.

Abuzul și dependența de tranchilizante ușoare

Tranchilizantele ușoare sunt utilizate în tratamentul anxietății, atacului de panică și problemelor de somn. Un grup de tranchilizante ușoare care produc dependență este cel al benzodiazepinelor, printre care se înscriu următoarele substanțe: Xanax (alprazolam), Valium (diazepam), Ativan (lorazepam), Serax (oxazepam) și Klonopin (clonazepam).

Efectul acestor substanțe durează, de regulă, o perioadă scurtă de timp, ele producând dependență chiar și atunci când sunt prescrise de medic. Renunțarea bruscă la utilizarea acestora este însoțită de simptome de sevraj ca transpirațiile, tremurul mâinilor, dificultăți de somn, senzație de greață, agitație și

anxietate. De asemenea, folosirea acestor substanțe duce la toleranță, persoana trebuind să consume cantități tot mai mari pentru a obține același efect.

Terapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit eficientă în tratarea sevrajului la persoanele care au ajuns dependente de benzodiazepine în cursul tratamentului pentru atac de panică.

VII. Tricotilomania

Multe persoane prezintă obiceiuri nesănătoase cum ar fi rosul unghiilor, balansarea picioarelor și a mâinilor, sau smulgerea repetată a firelor de păr. Când smulgerea părului se soldează cu pierderea unei cantități însemnate de păr, poartă numele de tricotilomanie. Zonele de unde poate fi smuls părul includ scalpul, sprâncenele, genele și zonele pubiene. Smulgerea compulsivă a părului poate surveni pe perioade scurte de timp sau pe perioade mai lungi de timp, dar mai rare. De obicei, această activitate este precedată de tensionare, frecvența episoadelor crescând în perioadele stresante. De regulă, persoanele afectate ascund acest obicei, evitând smulgerea părului de față cu persoanele străine.

În cazul tricotilomaniei, tratamentele eficiente includ tehnicile de dehabituare și de dobândire a controlului.

VIII. Problemele maritale

Orice cuplu speră într-o relație perfectă. Din nefericire, relațiile intime sunt deseori afectate de insatisfacție și de prezența conflictelor. Problemele care apar de regulă în cupluri sunt comunicarea deficitară între parteneri, stabilirea de scopuri diferite, înstrăinarea, infidelitatea.

Terapia comportamentală de cuplu constituie un tratament eficient în cazul problemelor maritale. De asemenea, există unele date care sugerează că terapia de cuplu focalizată pe emoție și

terapia maritală orientată pe insight (înțelegere) au un efect pozitiv asupra acestor probleme.

IX. Disfuncțiile sexuale

Dintre problemele de tip sexual, vor fi luate în discuție următoarele:

- Lipsa sau pierderea dorinței sexuale la femei
- Tulburarea de orgasm a femeii
- Infracțiunile sexuale

Lipsa sau pierderea dorinței sexuale la femei

Această tulburare se referă la diminuarea sau absența fanteziilor și a dorinței sexuale. De regulă, apare la maturitate legată de dificultatea obținerii excitației și orgasmului, evenimentele de viață stresante, problemele de cuplu sau afecțiunile psihice (mai ales depresia).

Există unele date care arată că un tratament eficient în cazul lipsei sau pierderii dorinței sexuale este Tratamentul Combinat al lui Hurlbert.

Tulburarea de orgasm a femeii

Tulburarea de orgasm a femeii se referă la amânarea sau imposibilitatea obținerii orgasmului, ulterior unei faze de excitație sexuală normală. Întrucât există o mare variabilitate în ceea ce privește tipul și intensitatea stimulării necesare declanșării orgasmului, diagnosticarea acestei tulburări se face doar atunci când răspunsul sexual este mult sub ceea ce se consideră normal având în vedere vârsta, experiența sexuală și tipul de stimulare. De cele mai multe ori, tulburarea de orgasm afectează negativ imaginea corporală, stima de sine și satisfacția unei relații.

Terapia sexuală a lui Masters și Johnson s-a dovedit a fi un tratament eficient în cazul tulburării de orgasm a femeii.

Infracțiunile sexuale

Infractorii sexuali sunt de regulă bărbați, care adoptă comportamente sexuale inadecvate, printre care violul, abuzul sexual asupra minorilor, exhibiționismul și incestul.

În cazul acestor persoane, cele mai bune rezultate s-au obținut prin intermediul modificărilor comportamentale.

X. Schizofrenia și alte tulburări psihice severe

Schizofrenia și celelalte tulburări psihice severe sunt de regulă determinate de prezența simptomelor psihotice, printre care delirul, halucinațiile (vizuale și auditive), derealizarea, comportamentul dezorganizat, vorbirea dezorganizată și aplatizarea afectivă.

Există date care arată că în cazul schizofreniei și a tulburărilor psihice severe cele mai eficiente forme de intervenție sunt (ele sunt adjuvante tratamentului medicamentos): terapia de familie, terapia cognitiv-comportamentală, antrenamentul pentru formarea abilităților sociale, precum și susținerea la locul de muncă.

Intervenția psihosocială joacă un rol critic în tratamentul persoanelor cu schizofrenie. Pe parcursul ultimilor 15 ani, s-au înregistrat progrese importante în elaborarea intervențiilor de familie, acestea având următoarele caracteristici comune: (1) un accent deosebit cade pe educarea pacientului și a familiei acestuia despre particularitățile bolii sale și principiile terapeutice, (2) familia este tratată ca și aliat, fiind descurajate sentimentele de culpă sau învinovățire a celuilalt, (3) la începutul tratamentului, se organizează o întâlnire cu familia pacientului, astfel de întâlniri fiind organizate ulterior periodic, (4) intervenția este de durată lungă, de regulă mergând până la doi ani, (5) familiile beneficiază de asistență în îmbunătățirea abilităților de coping și de comunicare, (6) se folosesc echipe de intervenție multidisciplinare, membrii acestora lucrând în strânsă colaborare

și (7) este urmărit îndeaproape tratamentul medicamentos și se fac eforturi pentru maximizarea complianței la acesta. Dintre studiile empirice asupra eficienței intervenției de familie în schizofrenie enumerăm:

- Gingerich, S.L. și Bellack, A.S., The Clinical Psychologist, 48, 24-27, 1995;
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. și Sturgeon, D., British Journal of Psychiatry, 146, 594-600, 1985;
- Xiong, W., Phillips, R., Hu, S., Wang, R., Dai, Q., Kleinman, J. și Kleinman, A., British Journal of Psychiatry, 165, 239-247, 1994.

XI. Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în copilărie și adolescență

Deși tulburările specifice adultului se regăsesc și în cazul copiilor (ex. depresia, anxietatea), adesea acestea au manifestări tipice vârstei; de exemplu, anxietatea apare și ca anxietate de separare. În plus, apar probleme legate de activitățile și rigorile respectivei perioade de dezvoltare; astfel, în condiții de stres copiii adoptă uneori comportamente specifice unei vârste mai mici decât vârsta lor cronologică, refuză să meargă la școală etc. Dintre problemele apărute în copilărie și adolescență, vor fi luate în discuție următoarele:

- Anxietatea de separare
- Encoprezis
- Enurezis
- Comportamentul opoziționist, provocator

Anxietatea de separare

Acest tip de anxietate se manifestă printr-o teamă intensă de abandon, de a fi separat de părinți sau de alți membri ai familiei, de a fi răpit sau pierdut, de a pierde o persoană iubită sau apropiată, precum și de dificultăți marcante în a dormi departe de casă și prezența coșmarurilor. Aceste frici sunt însoțite de

acuze somatice ca dureri de stomac, dureri de cap etc. care apar atunci când copilul urmează să plece la bunici sau să fie separat temporar de părinți. De regulă, astfel de simptome se dezvoltă ulterior unui eveniment neplăcut din viața copilului, cum ar fi moartea unei persoane apropiate sau a unui animal preferat, începerea școlii sau mutarea la o altă școală, mutarea la un alt domiciliu, o boală somatică.

Există date care arată că terapia cognitiv-comportamentală este eficientă în tratamentul anxietății de separare.

Encoprezis

Encoprezisul se referă la incapacitatea de continență a fecalelor, soldată cu emisiuni de scaune în situații inadecvate pentru acesta (pe haine, în pat etc.). Starea poate reprezenta o continuare anormală a *incontinenței infantile*, sau poate constitui o pierdere a incontinenței ulterior achiziției controlului sfincterian.

Unele date indică modificările comportamentale ca fiind un tratament eficient în cazul encoprezei.

Enurezis

Enurezisul se referă la incapacitatea de retenție urinară, emisia de urină survenind în timpul zile sau pe parcursul nopții în situații inadecvate pentru acesta (pe haine, în pat etc.). Starea poate reprezenta o continuare anormală a incontinenței infantile, sau poate constitui o pierdere a incontinenței ulterior achiziției controlului urinar.

Datele existente indică clar eficiența intervenției comportamentale în tratamentul enurezisului. Acest tip de terapie implică, de regulă, utilizarea de alarme (ex. semnale sonore) ce semnalizează prezența urinei pe haine sau în pat, precum și educarea părinților. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestei forme de terapie enumerăm:

• Houts, A.C., Berman, J.S. și Abramson, H., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 737-745, 1994;

• Houts, A.C., Liebert, R.M. și Padawer, W., Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 513-519, 1983;

• Houts, A.C., Peterson, J.K. și Whelan, J.P., Behavior Therapy, 17, 462-469, 1986;

• Houts, A.C., Whelan, J.P. și Peterson, J.K., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 902-906, 1987.

Comportamentul opozitionist, provocator

Comportamentul opozitionist apare atât la preșcolari, cât și la adolescenți și se manifestă prin: pierderea controlului, certuri cu părinții sau profesorii, furie și iritare, blamarea altora pentru propriile greșeli, încăpățânare și refuzul de a face compromisuri, refuzul de a respecta reguli, precum și iritarea intenționată a celor din jur. Acest comportament se manifestă, de regulă, acasă, însă poate apărea și la școală sau în public.

Tratamentul dovedit eficient în cazul comportamentului opozitionist este training-ul părinților. În cadrul acestuia, părinții își formează deprinderi care să îi ajute să facă față comportamentului copiilor; pregătirea include familiarizarea cu principiile învățării sociale și a tehnicilor derivate. Terapeutul oferă o scurtă expunere a conceptelor de bază și tehnicilor propuse, ghidând apoi părinții în implementarea acestor proceduri. Modelele de interacțiune și procedurile învățate în cadrul ședințelor sunt ulterior aplicate acasă. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestei forme de terapie enumerăm:

• Dumas, J.E., Clinical Psychology Review, 9, 197-222, 1989;

• Forehand, R. și Long, N., Advances in Behavior Research and Therapy, 10, 129-177, 1988;

• Long, P., Forehand, R., Wierson, M. și Morgan, A., Behavior Research and Therapy, 32, 101-107, 1994;

• Miller, G.E. şi Prinz, R.J., Psychological Bulletin, 108, 291-307, 1990.

ANEXA 2. COMPONENTE VALIDATE ŞTIINŢIFIC DIN RELAŢIA PSIHOTERAPEUTICĂ

Copyrigh-ul pentru aceste informaţii (valide pe baza datelor disponibile până în 2002) aparţine Asociaţiei Psihologilor Americani –APA - (http://www.apa.org). Informaţiile APA au fost îmbogăţite cu adăugiri şi explicaţii ale autorului, acolo unde a fost cazul.

Relaţia psihoterapeutică este considerată un factor fundamental în toate formele de psihoterapie. Studiile recente, bazate pe sinteza a zeci de studii de specialitate (Lambert şi colab., 2000), au arătat că relaţia psihoterapeutică justifică aproximativ 35% din beneficiile obţinute în urma intervenţiei psihoterapeutice, fiind astfel factorul psihoterapeutic cel mai important. Pornind de la aceste rezultate, Asociaţia Americană de Psihologie prin Divizia de Psihoterapie (Divizia 29), a iniţiat un amplu program de studiu al relaţiei psihoterapeutice şi al rolului acesteia în efectele pozitive ale psihoterapiei. Relaţia psihoterapeutică este un construct multidimensional; diferite forme de psihoterapie pun accent pe diferite dimensiuni. Care sunt însă factorii/dimensiunile activi din cadrul acestui construct şi care sunt factorii inactivi sau mai puţin relevanţi? Cercetările de metaanaliză (Lambert şi colab., 2000) sumarizând zeci de studii publicate pe această temă, au fost recent publicate în raportul Divizici de Psihoterapie (Divizia 29) a Asociaţiei Psihologilor Americani (http://www.apa.org) reuşindu-se astfel a se răspunde la întrebarea de mai sus. Ele sunt rezumate şi în cele de urmează [pentru a înţelege mai bine semnificaţia acestor constructe,

recomandăm consultarea unor lucrări de psihoterapie –Sarason şi Sarason, (1999)].

Elemente generale ale relaţiei terapeutice validate ştiinţific:

- Empatie şi Coeziune (în terapia de grup)
- Colaborare şi consens asupra scopurilor terapiei;
- Alianţa terapeutică (ex. stabilirea unor scopuri clare).

Elemente generale ale relaţiei terapeutice probabil eficiente (cu suport ştiinţific parţial-rezultatele nu au fost suficient replicate):

- Acceptarea necondiţionată şi Congruenţă;
- Feedback;
- Deschiderea pacientului şi terapeutului spre împărtăşirea unor aspecte personale;
- Managementul contratransferului;
- Corectarea dificultăţilor de relaţionare terapeutică.

Aspecte relaţionale (pacient-terapeut) care au fost validate ştiinţific şi de care trebuie ţinut seama în administrarea terapiei:

- Rezistenţa pacientului (ex. includerea în procesul de psihoterapie a unor proceduri de autoterapie funcţionează bine la persoanele cu rezistenţă mare iar terapia mai directivă funcţionează bine la persoanele cu rezistenţă mai mică);
- Dificultăţi funcţionale.

Aspecte relaţionale (pacient-terapeut) de care probabil trebuie ţinut seama în administrarea terapiei (cu suport ştiinţific parţial-rezultatele nu au fost suficient replicate):

- Stilul de coping;
- Aşteptările pacientului;
- Capacitatea de a asimila experienţele problematice;
- Stadiul schimbării (vezi Prokasta, 1994 pentru detalii).

Aspecte relaţionale (pacient-terapeut) de care probabil trebuie ţinut seama (pe baza consensului specialiştilor) în administrarea terapiei dar care nu au încă nici măcar un suport ştiinţific parţial:

- Stilul de atașament;
- Etnia și sexul;
- Religiozitatea și spiritualitatea;
- Preferințe;
- Tulburările de personalitate.

Anexa 3. Setul de instrumente psihologice pentru expertizarea și evaluarea copiilor/elevilor în vederea orientării școlare aprobate prin Hotărârea Guvernului României nr. 218 din 7 Martie, 2002

Textul de mai jos este reproducerea parțială a Hotărârii Guvernului României nr. 218 din 7 Martie 2002, privind aprobarea Metodologiei pentru utilizarea setului de instrumente de expertizare și evaluare a copiilor/elevilor în vederea orientării școlare a acestora, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 204 din 25 martie 2002.

1. Evaluarea nivelului intelectual:

A. Teste de inteligență generală:

a) matricele progresive Colorate-Raven;
b) matricele progresive Standard-Raven;
c) Dearborn;
d) fraze absurde;
e) ce s-a schimbat 1;
f) ce s-a schimbat 2.

B. Teste de inteligență globală:

a) W.P.P.S.I; scară Wechsler-Bellvue;
b) WISC; scară Wechsler-Bellvue;
c) WAIS; scara Wechsler-Bellvue;

d) Kaufman (inteligență globală și stiluri cognitive);
e) Binet-Simon (de reetalonat);
f) N.E.M.I. (R.Zazzo și colaboratorii) - noua scară metrică a inteligenței;
g) cuburile Kohs pentru adulți, de Goldstein;
h) cuburile Kohs pentru copii, de H. Santucci;
i) testul cărămizilor;
j) testul Columbia.

C. Probe de inteligență specifică:

a) probe de evaluare a funcției perceptiv-motorie:
- Santucci (4-6 ani);
- Bender-Santucci (7-11 ani) - etalonat de T. Kulcsar;

b) probe de evaluare a capacității de orientare și structurare spațială:
- Kohs-Goldstein (adaptat de Santucci și etalonat de V. Preda);

c) probe de inteligență pentru desen:
- Goodenough;

d) evaluarea capacității de discriminare a identicului de simetric în structurile grafice:
- R.V.E.R.S.A.L.;

e) ce vede în imaginile Rorschach;
f) domino.

2. Evaluarea motricității și psihomotricității:

a) proba Ozeretski-Guillmain;
b) Gesell, scara de dezvoltare;
c) scara Odette Brunet și Irene Lezine;
d) proba de lateralitate Harris;
e) testul pentru gnozia digitala, Gertsmann;
f) proba pentru sinkinezia membrelor superioare;

g) test de sinkinezie a membrelor superioare, Stambak;

h) proba de motricitate digitală, A. Rey;

i) probe de asamblare (pătrat, triunghi);

j) proba Piaget-Heád (orientare în spaţiu);

k) testul Head (mână, ochi, ureche);

l) Denver;

m) Portage.

3. Examinarea psihologică a personalităţii:

a) chestionare de personalitate;

b) CAT, testul de apercepţie pentru copii;

c) TAT, testul tematic de apercepţie;

d) Lucher, testul culorilor;

e) Szondi, proba pulsiunilor;

f) Catell şi R. Zazzo, proba de perseverare;

g) testul casă-arbore-om;

h) testul arborelui;

i) testul Rorschach;

j) Freiburg;

k) STAI I;

l) STAI II;

m) testul cu 20 de propoziţii neterminate (eu sunt) (TST).

4. Probe pentru evaluarea activităţii psihice:

A. percepţia:

a) testul figurilor complexe, A. Rey;

b) testul de orientare spaţială, H. Head;

c) testul frenaj voinţă, A. Rey.

B. afectivitatea:

a) testul de frustraţie Rosenzweig;

b) completarea de povestiri;

c) asociere de cuvinte;

d) fabulele DUSS.

C. limbajul:

a) scara de dezvoltare a limbajului, C. Păunescu;

b) proba de evaluare a capacităţii cititului, M. Lobrot (Bovet);

c) Bender-Santucci;

d) probe de flexibilitate asociativă;

e) A. Rey adaptată.

D. imaginaţia:

a) proba de desen liber;

b) proba Wartegg;

c) proba Collin (completarea lacunelor dintr-un desen);

d) desenul familiei, Corman.

E. memoria:

a) proba A. Rey pe bază de cuvinte;

b) proba A. Rey pe bază de figuri geometrice;

c) testul figurilor complexe, A. Rey;

d) proba Pieron;

e) WISC (proba de memorie).

F. atenţia:

a) proba Toulouse-Pieron;

b) proba de dublu baraj, R. Zazzo;

c) proba Bourdon-Amlimov;

d) proba Praga;

e) labirinte;

f) completarea lacunelor;

g) proba de discriminare perceptivă.

c7473146001